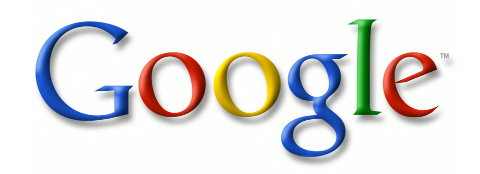


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

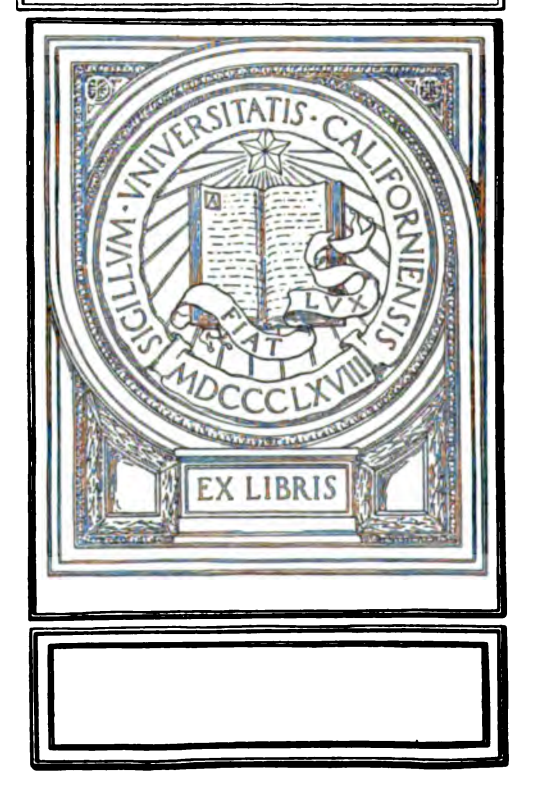
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

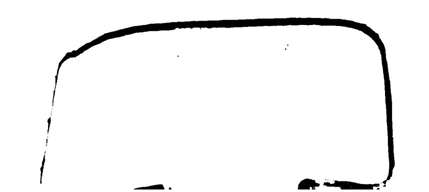
**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

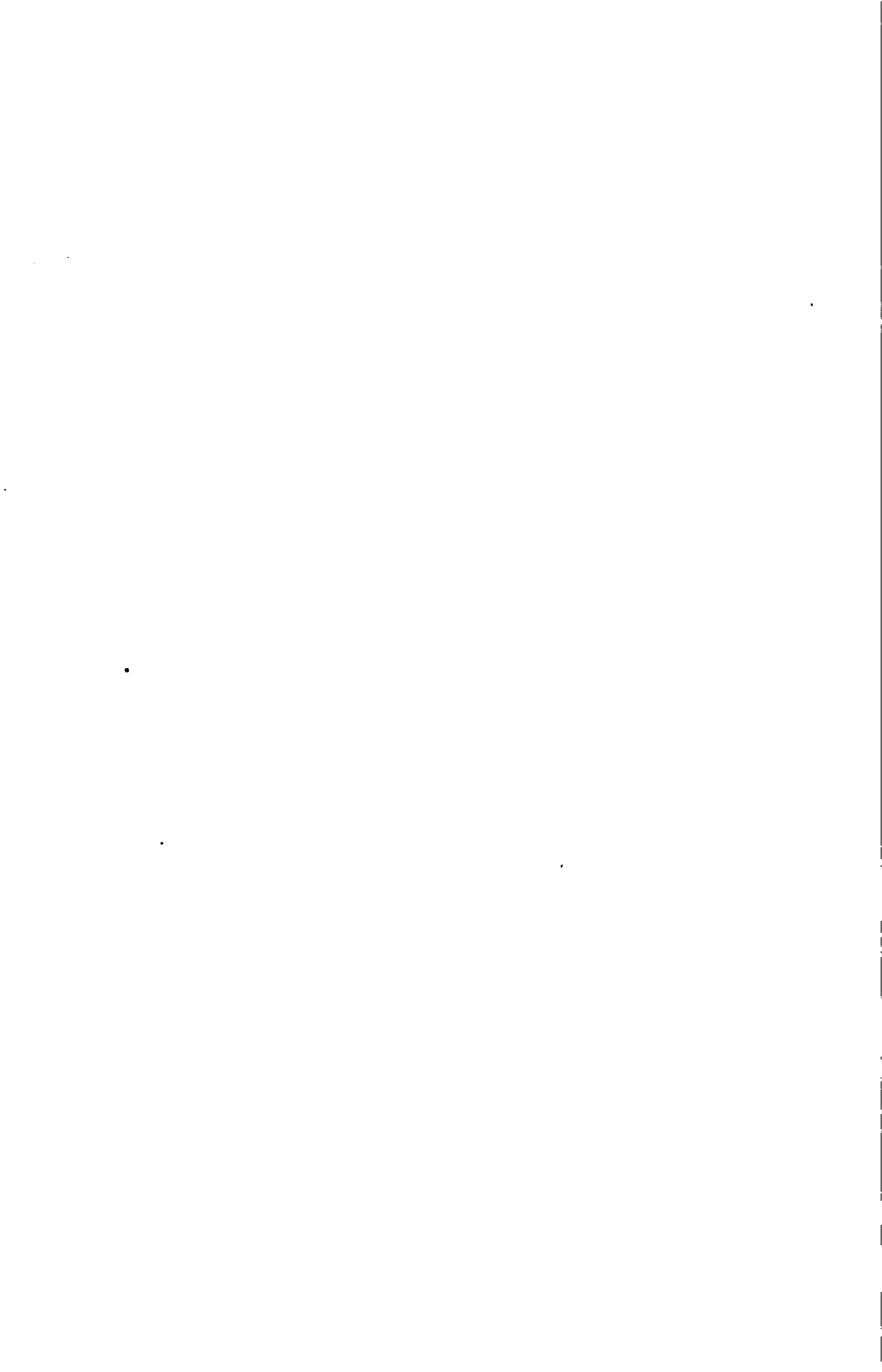


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY







# L'ENCÉPHALE

## JOURNAL

## DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

VII

## CONDITIONS DE LA PUBLICATION

L'*Encéphale* a commencé à paraître en Janvier 1881.

Depuis Janvier 1883, l'*Encéphale* est publié tous les deux mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT : **Paris, 20 fr.**

**Départements : 22 francs — Union postale : 24 francs**

Le Mans. — Typographie Ed. Monnoyer.

# L'ENCÉPHALE

## JOURNAL

DES

## MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

SOUS LA DIRECTION DE MM.

**B. BALL,**
Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des hôpitaux.

**J. LUYS,**
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de la Charité.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr CH. VALLON
Médecin de l'asile des aliénés de Villejuif

**Septième année**

Avec planches lithographiées



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard St-Germain.

LONDRES — BAILLIÈRE, TINDALL AND COX
20, King William Street, Strand.

MADRID — FUENTES Y CAPDEVILLE
8, plaza Topete.

1887

Tous droits réservés

UNIV OF CALIF
MEDIC[illegible] SCHOOL

# L'ENCEPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES


---

## UN CAS DE LOGONÉVROSE ÉPILEPTIQUE

### OU D'APHASIE INTERMITTENTE


Par le Dr F. BATEMAN

Médecin de l'hopital de Norwich, membre correspondant étranger de l'Académie de Médecine


Je comprends que le titre que j'ai choisi pour ma contribution à ce journal puisse causer quelque étonnement. Ayant été l'élève du célèbre pathologiste Piorry, qui le premier proposa une nomenclature systématique, comprenant elle-même des idées justes et précises sur les états morbides existants, je ne voudrais employer aucun terme qui n'indiquât point l'état anatomo-pathologique du malade ; mais là où la pathogénie est douteuse, il est mal à propos d'employer un terme qui fait supposer un diagnostic exact. Les deux cas que j'ai à exposer sont de cette nature et présentent tant de symptômes complexes que je les publie dans l'espoir que l'expérience combinée de mes lecteurs fournira une

36960

idée plus précise et plus concluante de la condition morbide impliquée par le terme : *logonévrose épileptique*.

OBSERVATION I. — M. D..., meunier, âgé de 27 ans, qui s'abstient de toutes boissons alcooliques et fermentées, fut admis à l'hôpital de Norwich, le 3 mai 1884. Voici ses antécédents : aucune tendance héréditaire à la névropathie. Une de ses sœurs a été sujette à l'hystérie ; mais en dehors de cette circonstance, les renseignements sur sa famille étaient d'un caractère négatif. Il avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de décembre 1884 (vingt mois après son mariage), quand il fut pris de douleurs dans la partie postérieure de la tête jusqu'à la nuque. Les douleurs étaient si fortes, qu'il sortit de la maison, courut par-ci par-là avec tant d'excitation, et fut tellement violent que son entourage le crut fou. Peu après, lorsque son médecin M. Long de Wells le vit, il était plus tranquille et fit comprendre par signes, qu'il avait des douleurs dans la tête, mais on observa qu'il avait complètement perdu la parole. Comme il n'y avait aucune espèce de paralysie, M. Long était embarassé de ces symptômes, et me dit que si le süjet avait été une femme, il aurait cru qu'il s'agissait d'une violente crise d'hystérie. M. Long ajouta qu'il y avait une sorte de défaut du sentiment la réalité, « *unreality* », chez le malade. On prescrivit le bromure de potassium, qui a paru le soulager. Mais l'aphasie dura quatre jours, après lesquels la parole revint subitement et il put reprendre ses occupations ordinaires.

Quatre ans s'écoulèrent pendant lesquels il a toujours joui d'une santé parfaite, quand environ cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, il quitta son travail, en disant qu'il sentait comme s'il devait avoir une crise. Il fut pris de douleurs à la partie postérieure de la tête et devint si violent, qu'il fallut deux hommes pour le conduire chez lui, tellement il se débattait. Arrivé chez lui, il parut hors de lui, et menaça même ses enfants qui durent être emmenés. A l'arrivée de M. Long, il était devenu calme, mais tout à fait muet, il indiqua du doigt, sa tête, était tout à fait raisonnable. Comme à l'expiration de cinq semaines, la faculté de la parole n'était pas encore revenue, on le fit entrer à l'hôpital.

### *Etat du malade à l'entrée.*

Condition actuelle. Le sujet à l'air de se porter bien et ne présente aucun symptôme anormal en dehors de la perte complète de la faculté du langage articulé, l'aphasie ayant duré cinq semaines, à l'exception d'un intervalle de deux heures il

y a huit jours. Quoique la faculté du langage articulé soit complètement suspendue, la faculté générale du langage n'est pas atteinte, car le malade est capable de décrire ses symptômes par écrit, de même que par la dactylologie, car par hasard, l'interne du service, de même que le sujet, connait l'alphabet des sourds-muets; ils parlent entre eux de cette manière. Il peut faire des signes phonétiques et il n'y a aucune paralysie des lèvres, des muscles, du palais, ni de la langue. Ces organes, excepté pour la parole, sont complètement soumis à la volonté.

L'esprit est clair, l'idée est présente, le mot est tout trouvé, mais l'articulation fait défaut. Il reste en pleine possession des signes acoustiques de la parole; cela se voit par le fait qu'il peut les exprimer par des lettres écrites. On prescrit 5 grammes de bromure de potassium par jour.

*13 mai.* — A la visite de ce matin, neuf jours après son entrée à l'hôpital, je constate qu'il parle sans difficulté, la faculté de la parole étant revenue à 7 heures 40 du matin après un intervalle de six semaines et deux jours. Il fait le récit suivant, bien intéressant de l'invasion, et de la disparition de l'aphasie, qui étaient précédées toutes les deux par ce qu'il appelle des « attaques » en les distinguant en « attaque silencieuse » et « attaque parlante ». Quand on lui demande de les décrire, il dit que l'attaque silencieuse est précédée d'une chaleur intense à la nuque, suivie d'une forte douleur au même endroit et c'est comme si plusieurs balles partaient des reins pour arriver au cou, causant la sensation d'une explosion, et alors il perd la parole.

Dans l'attaque parlante il n'a aucune douleur au cou. Elle part de l'épine lombaire pour monter à la nuque, et la parole revient aussitôt, une sorte de frémissement et de tremblement précédant son retour complet.

*13 mai.* — La faculté de parler, revenue hier, n'a duré que quatorze heures, car ce matin de bonne heure, les douleurs au cou, propres à ce qu'il appelle « l'attaque silencieuse », revinrent, et il devint muet. Le courant interrompu fut passé de la nuque à la langue, dans l'espoir de ramener la parole, mais sans résultat.

*14 mai.* — La parole fait toujours défaut et la phonation a aussi à peu près disparu. Il est incapable d'émettre aucun son dans la gorge; soit en chantant ou autrement, on n'entend qu'un faible grognement, à peine perceptible. La force musculaire examinée au dynamomètre indique 37 à droite et 27 à gauche.

*16 mai.* — Aujourd'hui il parle de nouveau, la faculté de la parole étant revenue à 7 heures du matin, après trois jours de mutisme. On me communique les faits suivants : hier

à 8 heures du soir, sentant une douleur au cou (attaque ordinaire), il se leva et se fit administrer une douche froide sur la colonne vertébrale, mais sans effet. A 10 heures il se recoucha exempt de douleur.

Entre minuit et une heure du matin il eut une « attaque » ordinaire, et sans prévenir la garde-malade, il prit un bain aussi chaud qu'il put le supporter, il dormit ensuite jusqu'à 3 heures 45 du matin, la douleur avait disparu du cou, mais on vit recommencer au dos « une attaque parlante » qui augmenta d'intensité, de sorte qu'il prit un second bain chaud à l'insu de la garde-malade A 5 heures 1/2 il commença à parler, d'abord indistinctement, ensuite de mieux en mieux, et à 7 heures du matin il parlait clairement. Sa voix est aujourd'hui plus enrouée qu'elle ne l'était lors du dernier retour de la parole, et le malade dit avoir remarqué, que sa voix devient de plus en plus rauque, après chaque retour. Les bains chauds paraissent avoir soulagé les douleurs.

*19 mai.* — 11 heures du matin. Il est resté bien portant et sans douleurs depuis le retour de la parole le 17.

Cependant il accuse, depuis 1 heure 1/2, de légères douleurs dans la région lombaire.

*22 mai.* — La parole a disparu tout d'un coup à 3 heures 1/2 du matin, après une douleur à la nuque d'une demie-heure de durée.

*26 mai.* — L'électricité a été employée à 9 heures 30 du soir pour combattre une » attaque ordinaire » de douleur. La douleur a été soulagée et a disparu complétement à 11 heures du soir.

*28 mai.* — « Attaque parlante » qui commença à 6 heures 30 du matin. La parole, qu'il avait perdue depuis dix jours, revint graduellement.

*30 mai.* — Douleur à la nuque à 9 heures 1/2, perte de la parole. Faradisation séance tenante.

*31 mai.* — La parole est revenue aujourd'hui à 2 heures de l'après-midi, ayant été précédée de douleurs au dos.

*3 juin.* — La douleur au cou revint à 9 heures du matin. La faradisation employée de suite, les douleurs cessèrent au bout d'une heure et demie sans perte de parole. L'interne, M. Kempster, fait observer que si l'on emploie l'électricité à temps dans ces crises, l'aphasie est prévenue, et la parole est conservée.

Le malade lui-même a la plus grande confiance dans la faradisation : « Elle soulage mes douleurs, et me conserve la parole », dit-il.

*4 juin.* — Les urines sont chargées d'oxalates et en conséquence la potion suivante est prescrite :

Acide chlorhydro-nitrique dilué. Deux drachmes.
Teinture de Colombo. Quatre drachmes.
Infusion de Gentiane, jusqu'à huit onces.
En prendre une once trois fois par jour.

A 4 heures 30 du soir, étant à la chapelle, il fut pris de douleurs à la nuque et perdit la parole.

*8 juin.* — La parole est revenue, son retour a été précédé de douleurs au dos. On prescrit des douches en pluie tous les jours.

*11 juin.* — Douleur au cou à 7 heures 45 du soir, après la douche, suivie de la perte de la parole à 8 heures 30.

*16 juin.* — Les douches ont été administrées tous les jours à 4 heures 30 du soir, après la douche la douleur au dos se fit sentir et fut suivie du retour de la parole à 8 heures 30, après un intervalle de cinq jours.

*19 juin.* — Douleur au cou à 4 heures du matin, la parole fut perdue graduellement, la douleur cessa à 5 heures 15 du matin.

*21 juin.* — La parole revint à 10 heures du soir, après les douleurs ordinaires au dos. Lorsqu'on demanda au malade d'expliquer ses propres idées sur la disparition de la parole, il répondit que pour lui c'était la douleur au cou qui en était la cause. Il ajouta qu'il n'avait jamais les douleurs au dos sans que la parole revint. Il dit que les douleurs des deux espèces diminuent beaucoup d'intensité.

*26 juin.* — 8 heures 15 du matin, douleur au cou jusqu'à 9 heures 15, mais sans perte de parole. La douleur était moins aiguë que d'habitude.

*28 juin.* — La parole fut perdue à 4 heures 40 du matin, après des douleurs au cou, et revint à 3 heures 30 après des douleurs légères au dos.

*3 juillet.* — A conservé la parole. Le malade n'a pas uriné depuis quarante-cinq heures. Il dit que depuis plusieurs mois il a de la difficulté à uriner, et que parfois il a de la rétention pendant vingt-quatre heures. Quand la parole disparaît, dit il, les embarras urinaires sont moindres.

Les oxalates sont toujours présents dans les urines en grande quantité. Ce matin j'ai été témoin d'une « attaque du cou ». Elle a tout à fait le caractère épileptiforme. J'ai constaté de fortes contractions visibles des muscles de la partie postérieure du cou, de véritables soubresauts cloniques, suivis d'une espèce de contraction tonique des muscles après chaque convulsion. Il paraissait beaucoup souffrir et mettait sa main sur la nuque comme si cela le soulageait. L'attaque dura un peu moins d'une heure, et il dit alors qu'il se sentait faible, surtout du côté droit.

A partir de ce jour il recouvra rapidement la santé. Il fut

amélioré d'une façon notable par la faradisation et sortit de l'hôpital, guéri, après un séjour de onze semaines.

Observation II. — J'ai observé encore un autre cas semblable. Il s'agit d'un ouvrier, âgé de vingt-huit ans qui s'est présenté à la consultation externe de l'hôpital de Norwich.

Voici ses antécédents : il avait toujours joui d'une bonne santé auparavant, mais il y a neuf mois, pendant qu'il s'occupait de son travail ordinaire, il fut pris de vertiges et la pièce parut tourner autour de lui. Il fut obligé de cesser son ouvrage et rentra chez lui péniblement, titubant d'un bord à l'autre du trottoir, à tel point qu'on le prit pour un homme ivre. Cette sensation de vertige fut le seul symptôme pendant à peu près un mois, puis il put reprendre ses occupations et ne cessa point de se bien porter jusqu'au jour où il fut pris, pendant qu'il travaillait, *d'engourdissement de la langue*. Cette sensation revint à plusieurs reprises tous les jours, ayant une durée chaque fois d'une demi-heure environ. Cet engourdissement fut le seul phénomène morbide pendant une nouvelle période d'un mois; mais un jour pendant un repas, deux ou trois minutes après le commencement de l'engourdissement, il *perdit la parole*, et, pour me servir de sa propre expression, *il était devenu comme muet*. Il venait de dire à sa femme que l'engourdissement commençait et comme elle lui demandait s'il allait mieux, il secoua la tête et fut incapable de répondre, ne pouvant prononcer une seule parole. L'incapacité de la parole et l'engourdissement durèrent trois quarts d'heure, lorsqu'ils le quittèrent simultanément, et il put parler comme d'habitude. Il me dit qu'il était ensuite tellement peu sûr de pouvoir parler quand il le fallait, que lorsque son patron l'envoyait faire des achats, toujours il écrivait d'avance ce qu'il lui fallait, de peur que la mutité ne survînt et qu'il ne pût s'exprimer. Il ajouta qu'il n'avait jamais eu de maladie vénérienne, mais qu'il était un fumeur enragé. Pendant que nous causions, il me prévint que l'engourdissement venait de commencer, mais la parole restait encore. Je lui piquai la langue avec une épingle qu'il dit ne pas sentir. En réponse à une nouvelle question, il dit que sa langue n'est pas immobilisée quand il perd la parole; il peut la mouvoir dans toutes les directions, mais la faculté de protusion le gêne et il ne peut la tirer qu'à moitié. Je ne poursuivrai pas l'étude de ce cas. Il suffit de dire que le malade est resté sujet à des engourdissements périodiques de la langue, avec des suspensions temporaires de la faculté du langage articulé. Ce malade ayant cessé de venir à la consultation, je l'ai perdu de vue, mais d'après les renseignements qui m'ont été donnés, j'ai tout lieu de croire qu'il est mort de paralysie bulbaire.

Nous connaissons maintenant les faits. Il reste à les interpréter. Nous ne chercherons pas à les rattacher aux doctrines de la localisation cérébrale, les éléments nous manqueraient complètement pour le faire. Nous allons seulement chercher à en étudier la pathogénie en nous tenant exclusivement sur le domaine des faits généraux.

*Pathogénie.* — Existait-il une modification persistante des centres nerveux chez le malade qui fait le sujet de la première de nos deux observations? La symptomatologie de ce cas a pu être étudiée exactement, mais ce n'est pas facile, au point de vue pathogénique, d'attribuer les symptômes à des changements du mécanisme organique, et, étant moi-même dans le doute, je racontai exactement tous les détails à un des neurologistes les plus autorisés de Londres, qui, reconnut franchement que le cas l'embarrassait.

Un observateur superficiel concluerait sans hésiter qu'il s'agissait d'une hystérie exagérée.

Or, pour commencer : l'hystérie est extrêmement rare chez l'homme. Dans 322 cas recueillis par Hammond (1), il n'y avait que trois hommes. De plus, M. D... est étranger à la « diathèse hystérique ». Il n'y a pas d'émotivité, pas de troubles de la volonté, ni hallucinations, ni illusions. Les cas d'aphasie hystérique connus n'ont aucune ressemblance avec celui-ci.

Kussmaul cite l'observation suivante, qui est le type de ces cas. Une cuisinière était sujette à des accès de mutité, qui, parfois, avaient lieu plusieurs fois par jour, et duraient quelques heures.

Pendant l'accès, elle était incapable de prononcer une seule parole. Tous les traitements furent essayés sans succès. Enfin, on lui conseilla de prononcer en chuchotant, à l'arrivée de l'accès, la formule suivante :

« Dieu le Père, le Fils, et le Saint-Esprit », de se

(1) Hammond, *Traité des maladies du système nerveux*.

retourner ensuite, de cracher, et de répéter en même temps, mais sans qu'on l'entendit, les mots : « C'est pour toi », en pensant à Satan. Ce moyen arrêta l'accès invariablement. Je n'ai pas besoin de dire qu'un traitement de ce genre, de pure imagination, en agissant sur les émotions n'aurait nullement impressionné un homme comme D...

En étudiant avec soin les symptômes observés chez ce malade, je suis porté à les ranger parmi les variétés nombreuses, d'accidents épileptiformes. Les convulsions n'étaient pas de celles qui caractérisent l'*epilepsia gravior* et, d'autre part, il n'y avait pas la perte de connaissance que l'on observe dans ce cas. Les symptômes étaient plutôt de ceux que les Français appellent : *Petit mal*. Il faut remarquer qu'il y avait un aura distinct caractérisé par une sensation anormale à la région cervicale. Gowers, dans sa monographie, dit que tous les sujets de ses observations personnelles ayant un aura spinal, étaient épileptiques. On peut admettre que l'excitation, la violence et la conduite étrange du commencement de la maladie, il y a quelques années, avaient le caractère d'automatisme et étaient de la nature de l'hystéricisme, mais ce même manque de contrôle est également observé comme symptôme du vertige épileptique. Trousseau, dans son admirable chapitre de la congestion cérébrale apoplectiforme, cite des faits semblables qu'il envisage comme des crises épileptiques irrégulières et, entre autres, un cas des plus frappants, celui d'un juge français, président de tribunal, sujet à des accès de vertige épileptique (1).

Un jour, à l'audience, il se leva subitement, alla dans l'antichambre, où l'huissier de service le vit uriner dans un coin. Quelques instants après, il revint à son siége

(1) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 7e édition.

et écouta avec attention et intelligence, le plaidoyer momentanément suspendu de l'avocat. Il est évident qu'il n'avait nullement le souvenir de l'action inconvenante qu'il venait de commettre.

Kussmaul parle des cas semblables à celui de D..., sous le titre de : *Apthongie* ou *Aphasie réflexe* (1), terme employé pour désigner des crampes qui ont lieu dans le territoire de distribution des hypoglosses, quand on essaie de parler, et qui rendent les expressions articulées impossibles. Il dit qu'elles ont une ressemblance avec la crampe des écrivains. Dans un cas, le malade, un jeune paysan, était très impressionné par la mort de son père. A l'enterrement, il s'évanouit et resta sans connaissance pendant un quart d'heure. En se remettant de la syncope, il était sain de corps et d'esprit, mais pendant trois jours, il fut incapable de parler quoiqu'il pût mouvoir la langue et les lèvres sans difficulté et qu'il pût avaler. Quand il essaya de parler, la bouche, les mâchoires et la langue restèrent immobiles, mais les grands muscles innervés par les hypoglosses (sterno-thyroïdiens, thyro-hyoïdiens et sterno-hyoïdiens) entraient en mouvement avec des contractions visibles. Quand il cessa ses efforts, ces mouvements s'arrêtèrent. Une pression exercée sur les muscles adoucissait le spasme et rendait le patient capable de parler. L'effet durait tant qu'on continuait la pression. Quinze jours après, une rechute fut causée par une peur et dura deux jours. Une deuxième rechute qui, cependant, n'a duré que quelques heures, fut la conséquence d'une forte émotion quelques semaines après.

Dans un autre cas, un enfant souffrant d'une affection inflammatoire du cou eut une peur subite et, dès qu'il

(1) Kussmaul. *Des troubles de la parole,* traduction française par le docteur A. Rueff. Paris, 1884, page 305.

essaya de parler, il fut pris de spasmes des muscles de la langue qui l'empêchèrent de parler.

Dans un troisième cas, le malade avait subi l'ablation des amygdales. L'opération fut suivie de troubles marqués de sensation, perte du goût, aphonie, congestion cérébrale et accès épileptiformes. Chaque fois qu'il essayait de parler, la langue se collait au palais et devenait immobile. L'intelligence était intacte, et le malade pouvait écrire et calculer.

On remarquera que le cas de D... diffère de tous ceux-là. Il semble avoir été d'un genre spécial, et en passant en revue tous les symptômes, je suis porté à croire qu'ils étaient dus à un trouble des vaso-moteurs, à une perturbation du système sympathique. Il faut remarquer qu'il y avait constamment un *aura epileptica* initial, la zone épileptogène étant toujours à proximité du grand sympathique cervical. L'auteur le plus autorisé que je connaisse, le professeur Eulenberg, se servant de l'expression de Du Bois-Reymond, mentionne une *hemicrania sympathetico-tonica*, qui est une affection du système vaso-moteur, due au spasme tonique des artères de la tête causé par un tétanos de la région cervicale du grand sympathique. Le caractère transitoire et capricieux des symptômes; la présence constante de l'*aura épileptica;* la zone épileptique étant toujours à proximité du grand sympathique cervical ; le résultat bienfaisant de l'électricité, tout indique le système sympathique comme le siège du mal dans ce cas si exceptionnellement étrange.

Quelque soit l'état pathologique précis qui ait causé ces symptômes anormaux, je ne puis guère admettre qu'il y ait eu un changement organique. Pour moi, le malade était atteint d'une névrose.

Je ne crois pas qu'on rencontre souvent des malades présentant des symptômes aussi anormaux que ceux que

nous avons observés dans ce cas, dont le haut intérêt a été reconnu par tous ceux qui ont eu l'occasion de l'étudier, soit par rapport à la combinaison insolite des symptômes, soit dans les questions de diagnostic, étiologie et traitement.

Depuis que j'ai écrit ce qui précède, j'ai lu l'article si plein d'intérêt de M. le Pr Ball (l'*Encéphale*, mars 1881), sur l'ischémie cérébrale fonctionnelle, où je trouve plusieurs cas qui ont une certaine analogie avec celui que j'ai relaté. Je serais bien aise de connaître l'appréciation éclairée du savant professeur.

BATEMAN.

*Réflexions*

Il est absolument impossible, en l'absence de renseignements anatomiques, de formuler un jugement précis sur les faits étranges qui viennent d'être rapportés. Dans le champ des hypothèses, l'épilepsie doit évidemment tenir le premier rang; mais que devons-nous entendre par épilepsie ?

Pour expliquer l'accès comitial franchement caractérisé, la doctrine la plus généralement admise est celle de l'ischémie cérébrale partielle. Ce mécanisme est également celui qui expliquerait le plus rationnellement les faits indiqués par M. Bateman.

Il est difficile de concevoir autrement les cas d'aphasie intermittente qui se manifestent avec ou sans migraine chez certains sujets; les cas de troubles plus profonds et plus généraux de l'intelligence et de la sensibilité qui ont été observés chez certains malades; enfin les cas de mutisme plus ou moins prolongé à la suite d'une émotion violente (colère, frayeur). Une lésion organique de nature permanente (tumeur, ramollissement, foyer hémorragique limité, etc.), peut sans doute produire chez quelques sujets des troubles plus ou moins variables, plûs ou moins évrenescents, mais l'évolution

de la maladie suit une marche en rapport avec l'évolution anatomique de la lésion qui l'a produite. Chez un homme comme D..., dont l'histoire pathologique, très accidentée, se termine par une guérison complète, il est difficile d'admettre une lésion de ce genre. D'autre part, les douleurs si vives qu'il éprouvait de temps en temps à la nuque semblent rapprocher le fait de ces aphasies avec migraine, dont il existe un certain nombre de cas bien observés. Nous sommes donc tout disposé à nous rattacher à l'idée d'un trouble intermittent de la circulation cérébrale; nous sommes obligé de nous arrêter à cette formule un peu vague, car nous ne possédons pas évidemment la totalité des éléments nécessaires pour résoudre le problème.

B. BALL.

---

# STRUCTURE DU CERVEAU

par le Dr J. LUYS

## I. — DE LA SUBSTANCE GRISE CÉRÉBRALE PÉRIPHÉRIQUE

### DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE

Messieurs,

Fidèle au programme que je vous ai précédemment exposé (1), nous allons commencer la description du cerveau, suivant une méthode nouvelle qui pourra peut-être vous dérouter tout d'abord, mais qui à l'examen approfondi vous paraîtra rationnelle et logique, parce

(1) Voyez l'*Encéphale*, 1886.

qu'elle ne crée pas de divisions artificielles et ne disjoint pas ce qui est uni dans l'ordre naturel des choses.

En dehors de ces considérations purement anatomiques, il y a encore un autre ordre d'idées que je veux dès le début vous signaler et qui fera le caractère spécial de mon enseignement, c'est qu'en même temps que je vous exposerai la structure anatomique du cerveau telle que je la comprends, je m'adresse ici à des médecins. — Nous sommes ici dans un véritable milieu nosocomial au milieu de tous les cas de la pathologie humaine, c'est vous dire que ces leçons se ressentiront fatalement du milieu où elles sont professées, et que je ne me bornerai pas à vous exposer comme un professeur d'anatomie d'une façon sèche et dogmatique la structure des centres nerveux, bien loin de là, au fur et à mesure que les descriptions anatomiques se succéderont, je vous parlerai des aperçus physiologiques qui en découlent. Et en même temps, toutes les déductions cliniques qui sont afférentes aux régions examinées, seront mises en relief, de façon à ce que vous puissiez, autant que l'état actuel de nos connaissances nous le permettra, suivre pas à pas l'étude de ces mêmes régions, soit dans leur mode de fonctionnement normal, soit dans les différentes déviations pathologiques qu'elles sont susceptibles de ressentir.

Nous allons donc commencer dès aujourd'hui l'étude de la substance grise corticale.

L'écorce cérébrale représente une lame continue de substance grise, constituée par des réseaux de cellules d'une délicatesse extrême et d'une abondance excessive, et repliée un grand nombre de fois sur elle-même à la surface des crêtes de la substance blanche sur lesquelles elle se moule exactement par continuité de substance. Cette disposition onduleuse permet à la lame

grise corticale de présenter un grand développement en surface dans un espace limité. C'est pour cela que la profondeur de ses plis et replis permet d'apprécier *grosso modo* les énergies fonctionnelles de tel ou tel territoire spécial où ils se trouvent le plus abondamment répartis (1).

Dans l'encéphale des vertébrés inférieurs, cette région de substance grise est complètement simple et unie; elle est réduite à une coque grise enveloppant les noyaux centraux. A mesure qu'on l'étudie, en s'élevant dans l'échelle zoologique, on voit que peu à peu les plis apparaissent, et ceux-ci sont d'autant plus abondants que l'animal manifeste des facultés plus développées, comme chez les vertébrés supérieurs et les primates.

Pour bien vous rendre compte de la façon dont se comportent les ondulations de l'écorce, vous n'avez qu'à faire des coupes verticales du cerveau et à suivre ainsi le trajet en plis et replis de cette lame de substance grise. Soit par exemple une coupe verticale passant au niveau de sa portion médiane (2), vous verrez tout d'abord, immédiatement au-dessus du corps calleux, là où la section a intéressé la circonvolution calloso-marginale, la substance grise se dessiner d'une façon indépendante; vous pourrez la suivre à partir de ce point dans son trajet ascendant, sur les saillies formées par la circonvolution frontale interne, s'élever à la portion culminante de cette circonvolution, puis se diriger en dehors et s'étaler à la surface externe du lobe central qu'elle enveloppe de ses ondulations multipliées. Arrivée à la face inférieure et interne de cha-

(1) Le cerveau de Gambetta était surtout remarquable par la richesse des plis de la troisième circonvolution frontale gauche. Voir à ce sujet la très remarquable description du cerveau de Gambetta faite par Mathias Duval. *Bulletin de la Société d'anthropologie*, 1886, 2e fascicule page 131.

(2) Voyez *Encéphale*, 1886, page 523.

cune d'eux, au niveau de la grande fente de Bichat, vous verrez encore qu'elle ne se termine pas dans cette région d'une façon brusque. Elle se recourbe sur elle-même au bourrelet, comme une feuille de papier que l'on enroule sur elle-même pour former un cornet; et c'est ainsi qu'elle constitue la circonvolution de l'hippocampe qui n'est en définitive que la portion terminale de l'écorce repliée sur elle-même.

Les dentelures du corps godronné représentent le bord atténué de cette lame de substance corticale contournée sur elle-même. — Nous verrons plus loin que ces dentelures ne sont autre chose que des circonvolutions rudimentaires, pourvues comme leurs congénères de différents systèmes de fibres blanches commissurantes et convergentes.

L'étude descriptive des plis et replis sera faite ultérieurement dans un chapitre à part sous la dénomination de *morphologie cérébrale.*

Nous allons pour le moment nous occuper uniquement des caractères physiques et histologiques de l'écorce, d'une façon intrinsèque. Ce sont des questions d'anatomie macroscopique de la plus haute importance sur lesquelles on ne saurait trop appeler l'attention des médecins qui se destinent à l'étude de la pathologie mentale, et, à l'exemple de Parchappe, je ne saurais trop les engager d'avoir dans l'œil, par des examens fréquents de cerveaux sains, une notion exacte des conditions normales de la substance cérébrale, avant de se livrer aux recherches d'anatomie pathologique (1).

1° *Épaisseur.* — L'épaisseur de l'écorce cérébrale est variable suivant les sujets, suivant les âges, et chez le

(1) Voir Parchappe. *Traité de la folie.* Observations d'état sain du cerveau, 1841, p. 345.

même sujet, suivant les territoires corticaux observés.

A l'état normal, elle mesure en général trois à quatre millimètres. Son maximum d'épaisseur se rencontre dans les circonvolutions frontales et pariétales, dans le lobe paracentral et la frontale interne ; son minimum se trouve dans les régions occipitales. Dans le cerveau des vieillards elle est très notablement atténuée, et comme le travail de résorption sénile plane d'une façon diffuse sur toute l'étendue de la surface corticale, il en résulte que chez eux, les sillons de séparation paraissent beaucoup plus profonds et plus larges que chez l'adulte.

Chez l'enfant et le nouveau-né, l'épaisseur de l'écorce est difficilement appréciable, en raison de l'état de la substance blanche qui ne tranche pas d'une façon assez précise pour être nettement distinguée.

Dans les cas pathologiques, tels que la paralysie générale et la démence, la diminution d'épaisseur de l'écorce se manifeste d'une façon tout à fait caractéristique; elle descend à un millimètre, ainsi que je l'ai contaté dans la circonvolution calloso-marginale.

2° *Coloration.* — Le stroma de la substance corticale est remarquable en ce sens, qu'il est fondamentalement doué d'une coloration grisâtre intrinsèque, très persistante, et qui n'est pas éteinte par la présence de certains acides décolorants, comme l'acide acétique cristalisé, et surtout l'acide chlorhydrique atténué.

Les nuances diverses qu'elle présente normalement sont dues à la présence des éléments qu'elle renferme, à l'état des différentes couches de cellules plus ou moins granuleuses ou translucides, et surtout à la présence des capillaires nombreux qu'elle renferme, et dont la turgescence ou la viduité momentanée donne à ses différentes zones des colorations passagères.

D'une manière générale cette coloration varie suivant

les âges, suivant les différents territoires et paraît-il suivant les races. Ces différentes teintes reflètent l'état de sanité des éléments intimes qui les constituent ainsi que celui de la vacuité ou de la plénitude des voies circulatoires.

Sur un cerveau d'adulte, quand on examine à l'œil nu une section fraîche de l'écorce, après l'avoir légèrement lavée avec un filet d'eau, on constate très nettement l'existence de deux zones superposées de coloration différente. — Une d'elles, la zone superficielle sous-méningée, offre une apparence gris plombée; la seconde, cellequi est sous-jacente, affecte au contraire une coloration légèrement rougeâtre, suivant que les capillaires qui s'y distribuent sont plus ou moins turgides. Ces deux zones se retrouvent presque partout, identiques avec elles-mêmes. Elles partagent l'épaisseur de l'écorce d'une façon à peu près égale. — Dans les circonvolutions occipitales, elles sont moins nettement apparentes, la teinte paraît généralement homogène. — Chez l'enfant nouveau-né et les jeunes sujets, cette différentiation de ces deux zones n'est pas encore apparente. La coloration de l'écorce est partout homogène et d'une teinte grisâtre gélatineuse.

Dans le cerveau du vieillard, cette distinction des deux zones indiquées tend à s'effacer. Il y a bien certaines régions, les régions culminantes des circonvolutions frontales et rolandiques, dans lesquelles on retrouve encore àssez fréquemment cette disposition fondamentale; mais, dans la plus grande partie des autres territoires, par le fait du passage des cellules nerveuses à l'état régressif, la substance de l'écorce prend un aspect blanchâtre opaque, et, comme cette apparence se rapproche de celle de la substance blanche ambiante, l'écorce semble diminuer d'épaisseur par le fait de la coloration blanchâtre de ses zones profondes.

Dans la race nègre, les colorations de l'écorce et des méninges présentent une teinte bistrée très caractéristique, ainsi que certains auteurs l'ont très nettement indiqué (1).

3° *Consistance.* — La consistance normale de l'écorce est un des points les plus intéressants de son étude. — Elle varie pareillement suivant les âges. Très mollasse chez l'enfant, elle ne supporte pas la décortication, des méninges. — Chez l'adulte, vers l'âge de 20 à 25 ans, elle résiste davantage aux tractions pour la décortication. — Ce n'est que sur des cerveaux de 25 à 30 ans que l'on peut arriver, sans faire de dilacérations, à enlever les méninges sans entraîner avec elles des fragments de substance grise. — A partir de 40 à 50 ans, la décortication est facile; ce qui indique que la matière névroglique interstitielle a acquis à cette période de la vie une plus grande consistance.

Dans les conditions normales, la substance corticale doit être assez ferme pour supporter la pression du tranchant d'un couteau et présenter sous l'incision, une surface de section légèrement brillante et élastique. En dehors de ces conditions, c'est l'état pathologique.

4° *Structure.* — L'écorce cérébrale est constituée par des éléments anatomiques fixes, des cellules, des fibres nerveuses, du tissu interstitiel (la névroglie) et par des capillaires, disposés suivant une ordonnance régulière.

L'étude de la texture de l'écorce révèle ce fait fondamental qu'elle est constituée par une série de couches de

(1) Ce fait a été signalé par Meckel en 1753 et mis de nouveau en lumière par les travaux de Gübler. (*Mémoires d'anthropologie*, tome I, page 63) et par ceux de Broca (*Bulletin d'anthropologie*, 1850 page 50, et *Annales médico-psychologiques*, 1868, tome I, page 115). — Chez une femme de 32 ans, mulâtresse de la Guadeloupe, avec peau noire et cheveux crépus, j'ai constaté que l'écorce n'était pas plus teintée que chez un sujet de race blanche, son père étant de race blanche.

cellules nerveuses stratifiées les unes au-dessus des autres comme les couches de l'écorce terrestre.

Quand, à l'exemple de Baillarger (1), on interpose entre deux lames de verre une couche mince de substance corticale, et, qu'à l'aide d'une légère pression on l'examine par transparence, on reconnaît alors que la substance grise se décompose en stratifications successives, variables suivant les régions, et qu'elles sont inégalement teintées. Les striations transversales que l'on observe et qui coupent la direction des fibres blanches sont dues, la plupart, à l'existence de fibres association intra-corticales et aux anastomoses des cellules. Cette découverte de Baillarger, qui a été le point de départ de recherches ultérieures, a été depuis l'intervention du microscope très notablement perfectionnée, car, ainsi que nous allons le voir, le problème de la structure intime de la substance corticale est un des problèmes les plus compli- de l'anatomie des centres nerveux et, malgré les ux nombreux dont elle a été l'objet depuis vingt ans, sse encore bien des points obscurs.

r des pièces convenablement préparées et qui por- sur l'épaisseur d'une circonvolution, on constate que la substance corticale est constituée par des agglomérations de cellules nerveuses juxtaposées, disposées en séries et formant un lacis continu au milieu duquel les fibres blanches, sous forme de filaments divergents, viennent harmonieusement se disperser (*fig.* 2). Il est assez difficile d'évaluer sur ces pièces le nombre des couches dont l'ensemble constitue l'écorce, et c'est avec un certain étonnement que je vois les auteurs les plus autorisés limiter exactement à cinq couches le nombre des stratifications des séries de cellules. C'est une erreur profonde.

(1) Baillarger. *Structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau. Mémoires de l'Académie de médecine,* 1840, avec pl.

Pour moi, ce nombre est beaucoup plus considérable, et, sans pouvoir le fixer d'une façon précise, en se reportant à la planche phothographique de *l'Encéphale* 1883, page 148, on peut juger approximativement que les séries de cellules stratifiées peuvent être évaluées en moyenne de 40 à 50 par demi-millim. carré pour certaines circonvolutions sur une coupe ayant 1 1/0 de millim. d'épaisseur.

Les cellules nerveuses de l'écorce ont été dès 1687 parfaitement décrites par Malpighi, et, chose étrange, laissées dans l'oubli par la plupart des anatomistes intermédiaires (1).

Elles n'ont été tirées de l'oubli et décrites comme des nouveautés que par les auteurs de notre génération. C'est Longet qui, le premier, dans son remarquable ouvrage sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, les a rappelées à l'esprit des anatomistes.

A l'état frais, les cellules corticales sont difficiles à étudier; perdues au milieu des agglomérations de substances graisseuses, elles se distinguent mal. On les reconnaît particulièrement à leur forme légèrement pyramidale. Leur corps est bombé, de colorations jaunâtres, et réfracte vivement la lumière. Elles ont l'apparence de gouttes huileuses disséminées dans le champ de la préparation.

Pour bien les étudier, il faut avoir recours aux procédés habituels du durcissement de la substance nerveuse et aux manipulations indiquées précédemment pour faire des coupes minces, et les colorer d'une façon démonstrative. Sur des pièces bien faites et reproduites par la photographie, on peut obtenir des reproductions réelles des dispositions des cellules corticales et se faire ainsi une

(1) Malpighi, *De la structure des viscères*, Paris 1687; et Luys, *Le Cerveau et ses fonctions*, page 15, 1882.

idée exacte des choses telles qu'elles sont dans la nature et non pas telles que les conçoit l'esprit de tel ou tel observateur plus ou moins épris de ses visions personnelles. Les procédés de reproduction photographique dont nous donnons un spécimen, permettent de résoudre d'emblée une série de problèmes de fine histologie et de donner une solution précise à certains points jusqu'ici restés indécis.

Sur de bonnes pièces on arrive donc à reconnaître :

Que la substance corticale est composée d'un nombre infini de cellules nerveuses de volume variable et anastomosées de telle sorte par leurs prolongements qu'elles forment un réseau continu;

Que ces cellules ont toutes plus ou moins une forme pyramidale; et qu'elles présentent dans leur groupement une orientation fixe excessivement caractéristique, en vertu de laquelle le sommet de chacune d'elles regarde vers les régions sous-méningées de l'écorce, tandis que les bases sont tournées du côté des points d'arrivée des fibres blanches cérébrales qui pénètrent plus ou moins profondément dans les espaces intercellulaires.

Elles peuvent, au point de vue de leur orientation spéciale, être très exactement comparées à une série d'aiguilles aimantées, dont tous les pôles se dirigeraient d'un mouvement uniforme dans une même direction;

Qu'elles se divisent, au point de vue de l'apparence, en cellules de petites dimensions, en cellules de grandes et de très grandes dimensions (cellules géantes).

Les petites cellules mesurent en général 10 μ. Elles conservent la forme pyramidale d'une façon précise et occupent les régions sous-méningées de l'écorce. Elles forment ainsi une épaisseur variable de plusieurs zones stratifiées et sont directement en contact avec cette couche épidermoïde de tissu conjonctif qui forme à la sur-

face de l'écorce un tissu feutré, isolant, rempli de sérosité. C'est grâce à cette disposition que les réseaux des petites cellules sous-méningées ne sont pas directement en rapport avec les méninges.

Les cellules de grandes dimensions occupent les régions profondes de l'écorce. Par dégradations successives, elles font suite au réseau des cellules sous-méningées. Elles mesurent de 20 à 22 μ et affectent une forme franchement pyramidale.

Les cellules les plus volumineuses de l'écorce, les cellules dites *géantes*, ne se rencontrent que dans certains territoires qui sont particulièrement le siège de phénomènes psycho-moteurs. — Elles se présentent sous les mêmes formes pyramidales amplifiées que les cellules précédentes, avec un diamètre d'environ 50 à 100 μ (*fig.* 3). Elles se rencontrent particulièrement dans les régions les plus profondes, sur les frontières de la substance blanche, et sont réparties tantôt par petits groupes indépendants, tantôt sous forme de ligne continue par suite de leurs anastomoses réciproques (*fig.* 2). Au point de vue du volume, elles sont assez bien comparables à celui des grandes cellules multipolaires que l'on rencontre dans les cornes antérieures de la moelle épinière.

A côté des différents groupes de cellules géantes pyramidales dont nous présentons, fig. 4, un spécimen si net, j'ai rencontré dans l'écorce une autre variété de cellules géantes différant de la précédente par des caractères tout à fait distincts.

Ces cellules nouvelles affectent la forme aplatie, elles sont ovoïdes ou irrégulièrement polygonales, et de tous leurs angles elles émettent des radiations fines égales entre elles, qui sont comme de véritables tentacules. On a comparé avec justesse les cellules du tissu conjonctif avec

Figure 3.



Cellules géantes pyramidales du lobe paracentral. — On voit au pourtour quelques cellules pyramidales normales qui permettent d'apprécier le volume et la forme des cellules géantes. — Elles ont été prises dans les régions indiquées en C et C′ (figure 6). — Grossissement, 140 diamètres.

J.-B. Baillière et fils.



Figure 4.



**Cellule** aplatie discoïde des mêmes régions avec ses prolongements **latéraux**, sous forme de filaments excessivement déliés et de volume **égaux**. — Grossissement, 140 diamètres.

J.-B. Baillière et fils

le corps d'un discoïde, et leurs prolongements étoilés à une araignée; ces cellules dont je présente, je crois, la première photographie qui existe, pourraient être aussi justement comparées au corps d'un cloporte avec ses pattes latérales.

J'ai rencontré jusqu'ici ces grosses cellules dans les mêmes régions que les cellules géantes pyramidales. Elles sont mélangées avec elles. Elles sont disposées en ligne, à la base de l'écorce, et m'ont paru être plus rares qu'elles.

Ce qui les distingue particulièrement, c'est leur forme ovoïde spéciale et l'absence de prolongements ramescents et trapus.

Les prolongements qu'elles émettent sont tous, dès le début, délicats et irradiés dans toutes les directions. Il n'y en a pas de prédominante. Elles n'ont donc pas cette orientation si caractéristique qui appartient aux cellules pyramidales (1).

5° *Structure des cellules nerveuses.* — La structure intime des cellules de l'écorce, aussi bien que celles des cellules nerveuses en général, est encore un des points les plus obscurs de l'histologie, sur laquelle l'esprit des anatomistes aura encore à s'évertuer pendant longtemps.

Vous pourrez voir dans les articles spéciaux relatifs à cet intéressant sujet, la liste nombreuse des auteurs qui se sont occupés de la question et dont les travaux, par-

(1) Le rôle physiologique de ces éléments spéciaux de l'écorce est encore problématique. — Je dois seulement signaler ce fait qui peut servir à un moment de fil conducteur pour arriver à une interprétation rationelle de leur rôle. — Dans certaines régions grises centrales du troisième ventricule, au niveau de l'Acqueduc de Sylvius (régions des phénomènes de l'activité végétative ou sympathiques), j'ai rencontré ces mêmes cellules aplaties et à radiation multiple que Jacubowith avait autrefois signalées dans certaines régions centrales de la moelle épinière — comme cellules centrales des sympathiques. — Peut-être ces cellules géantes représentent-elles dans les réseaux de l'écorce les foyers de l'innervation viscérale?

faitement résumés dans les livres que vous avez entre vos mains, vous permettront de juger de l'état actuel de la question.

Je n'ai ici qu'à vous faire l'exposé de mes recherches personnelles sur cet intéressant sujet.

Sur ce point spécial de l'anatomie des centres nerveux, la photographie m'a encore rendu des services d'une incontestable précision. Elle m'a permis en effet d'enregistrer des détails infiniment fins qui échappent facilement (en raison des conditions spéciales de l'éclairage du microscope) aux yeux les mieux clairvoyants et les plus habitués à bien voir.

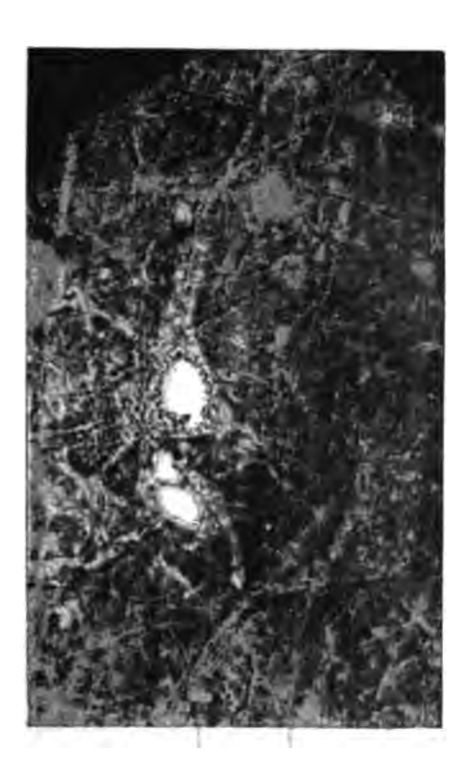
Sur la figure ci-jointe (*fig.* 5), qui représente une cellule corticale à environ 450 diamètres, on peut se rendre compte d'emblée et sans discussion des particularités suivantes relatives à son organisation intime.

On voit donc qu'il faut lui considérer trois éléments : 1° le corps de la cellule; 2° son noyau; 3° son prolongement.

1° Le corps de la cellule, variable en proportion, de forme pyramidale, représente un tissu homogène sans membrane d'enveloppe, un véritable treillis de fibres enchevêtrées. Ces fibres ne semblent pas condensées au hasard, elles paraissent, à en juger par un point de la figure, entre-croisées et disposées comme s'il s'agissait d'un panier de jonc constitué par des fibres entre-croisées à angle droit. Ce tissu spécial émet de presque toute sa surface des prolongements radicellaires qui se fusionnent avec le tissu intercellulaire ambiant et fixent ainsi la cellule dans son emplacement. Il émet encore, sous forme de gaines, des prolongements funiculaires parallèles qui s'accolent aux gros troncs des prolongements basiques et axiles.

2° Le noyau est ovoïde et situé au centre du réticu-

Figure 5.



Cellule pyramidale de l'écorce appartenant aux zones profondes. — Grossissement, 450 diamètres. — On voit au centre de la figure l'aspect aréolaire du corps de la cellule — son noyau condensé — et les prolongements fibrillaires du corps de la cellule qui se propagent sur le prolongement axile.

J.-B. Baillière et fils.

lum formé par le corps de la cellule. Il paraît, lui aussi, constitué par une masse fibrillaire représentant une condensation du tissu propre de la cellule. Sur certaines préparations, j'ai pu constater que ce noyau présentait une apparence fibrillaire rayonnée, et qu'il servait même de point d'implantation aux fibrilles effilées des gros prolongements basiques ou axiles.

C'est là une question réservée qui nous montre combien il y a encore dans ce minuscule élément qui constitue la cellule nerveuse, de détails inédits et de complexités imprévues.

3° Les prolongements appartenant à la cellule nerveuse forment deux groupes : les prolongements radicellaires et les prolongements ramescents.

Les prolongements radicellaires, fins, délicats et courts, émergent de presque toute la surface du corps de la cellule, et vont se perdre par continuité du tissu dans le réticulum circonvoisin. Ils paraissent homogènes dans la structure et ne présentent pas de substance vitreuse. Ils constituent un véritable chevelu.

Les prolongements ramescents, axiles ou basiques, présentent une structure plus complexe.

Ils sont constitués fondamentalement par une substance vitreuse, réfractant fortement la lumière sous forme d'un filament central. Ce filament semble émerger sous forme d'une agglomération de fibrilles très fines de la masse centrale nucléaire de la cellule, c'est-à-dire de l'intimité même du noyau.

Ces fibrilles, au bout d'un court trajet, se fusionnent pour former un filament unique homogène vitreux, que l'on retrouve aussi bien dans les prolongements basiques que dans les prolongements axiles proprement dits.

Ainsi constitués, les prolongements ramescents se séparent peu à peu de la cellule, et c'est à ce moment qu'ils sont doublés à l'extérieur par une enveloppe ad-

ventrice, une véritable gaine qui leur est fournie par le tissu aréolaire de la cellule. On voit en effet, sur la figure 1, le tissu même de la cellule qui se prolonge sur le filament vitreux axile et l'accompagne pendant une certaine partie de son trajet. Cette gaine adventrice qui enveloppe ainsi le prolongement vitreux, le protège et le maintient fixé au milieu du tissu réticulaire ambiant.

Il est assez difficile de se prononcer sur les rapports ultimes de ces deux éléments nerveux et sur la façon dont ils se terminent. — Il est vraisemblable d'admettre seulement qu'ils se comportent comme s'il s'agissait de simples tubes nerveux, et qu'au bout d'un trajet variable les filaments vitreux et ceux de la gaine se résolvent en fibrilles d'une extrême délicatesse qui forment un réseau inextricable dans les régions supérieures de l'écorce.

Quant à la question de l'existence de nucléoles entrant dans la constitution de la cellule nerveuse, comme élément fondamental, je ne crois pas qu'actuellement elle doive être posée. — Il résulte pour moi, en effet, d'un grand nombre d'examens, qu'il s'agit dans ce cas d'une erreur d'interprétation. On voit en effet assez fréquemment, à la surface du noyau ou même du corps de la cellule, des disques brillants, réfractant fortement la lumière et que l'on a décrits comme appartenant au noyau sous le nom de nucléoles. Je suis porté à croire qu'il n'en est rien, et que ces disques brillants ne sont autre chose que la surface de section transversale des prolongements ramescents, coupés à la base dans leur portion la plus épaisse et présentant alors la surface de leur substance vitreuse directement en vue. — C'est ainsi que s'explique le nombre multiple de nucléoles que certains auteurs signalent dans la description des cellules nerveuses. Cette manière de voir est encore confirmée par l'étude des régions du stroma intercellulaire, dans lesquelles

on rencontre, quand on sait les chercher, des prolongements ramescents sectionnés à différentes hauteurs de leur parcours, et présentant ce disque brillant vitreux tout à fait semblable à ces pseudo-nucléoles signalés à la surface des cellules nerveuses.

Je ne saurais trop insister, Messieurs, en vous parlant de la constitution anatomique de la cellule cérébrale, sur sa délicatesse extrême et sur les conditions spéciales d'activité dans lesquelles elle accomplit sa destinée dans l'organisme.

Je viens de vous l'expliquer, la cellule nerveuse ne doit pas être conçue comme un élément anatomique solide, compact, entouré d'une membrane isolante. C'est au contraire une petite masse molle, délicate, spongieuse, fixée à l'aide de ses prolongements radicellaires au milieu d'un réticulaire spécial, et plongée dans une atmosphère incessamment humide constituée par la sérosite extravasée des capillaires ambiants, comme une véritable éponge qui s'imbibe du milieu humide au sein duquel elle est plongée. — Que résulte-t-il de cette disposition si spéciale et si simple à la fois ?

C'est que la cellule nerveuse se trouve ainsi passivement baignée par des liquides ambiants de composition incessamment variable qui circulent autour d'elle. S'il en est qui lui apportent les matériaux trophiques nécessaires à sa vie quotidienne, il en est d'autres qui lui apportent des éléments nocifs et même destructeurs de sa substance. Et ainsi, les mêmes conditions qui favorisent sa mise en activité, qui développent sa sensibilité propre, par l'effet de la diffusion rapide de certaines substances, sont aussi celles qui sont destinées à mettre le trouble dans son organisation maternelle — Elles l'excitent ou le tuent par contact direct, en raison même de sa structure aréolaire qui l'expose passivement aux

imbibitions de toutes sortes, car c'est ainsi qu'agissent certains poisons à action instantanée.

On comprend encore le rôle profondément perturbateur que peuvent avoir sur la vie des cellules cérébrales les congestions sanguines répétées avec exsudations consécutives.

Ces congestions, quelque minimes qu'elles soient, ne sont pas sans laisser à leur suite des exsudations fibrino-albumineuses dans les réseaux des cellules, et celles-ci, englobées plus ou moins complètement au milieu de ces exsudations, sont en quelque sorte asphyxiées sur place, et perdues par cela même par le travail d'ensemble.

C'est ainsi que vous serez amenés à reconnaître l'influence destructive qu'exercent sur le fonctionnement intellectuel, ces petites attaques congestives répétées, auxquelles on n'accorde pas toujours la portée nocive qu'elles présentent.

C'est ainsi que dans le cerveau des épileptiques, en particulier, vous rencontrerez souvent dans l'écorce, des petits foyers hémorragiques interstitiels de la dimension d'une pièce de dix sous, inégalemeut teintés suivant leur degré d'ancienneté, et qui démontrent l'existence de poussées congestives qui ont eu lieu dans l'intimité des réseaux cervicaux à différentes époques. Et alors, si, rétrospectivement, vous refaites l'histoire pathologique de ces sujets, vous reconnaîtrez qu'au fur et à mesure que s'opéraient ces petits épanchements hémorragiques intra-corticaux, ils perdaient en même temps la mémoire et la conscience du milieu ambiant, — qu'ils s'obscurcissaient mentalement, et que finalement, la démence est arrivée par la mise hors de service, lente et progressive, d'une grande partie des éléments actifs de la vie cérébrale.

Les prolongements des cellules nerveuses étudiés en

eux-mêmes présentent les particularités suivantes. Ils peuvent être ramenés à trois types :

1° Les prolongements du sommet ou axiles qui sont rectilignes, et que l'on peut suivre le plus loin à travers les diverses zones stratifiées;

2° Les prolongements basiques qui occupent, ainsi que leur nom l'indique, les bases et les angles des cellules nerveuses;

3° Les prolongements latéraux qui émergent comme un chevelu fin sur toutes les parties du corps de la cellule.

1° Les prolongements axiles sont l'expansion du sommet même de la cellule nerveuse prolongée. (*Voyez fig.* 5.)

Au moment où ils émergent de la cellule nerveuse, ils sont épais et larges. Ils sont constitués par un cylindre central de coloration jaunâtre, réfractant vivement la lumière, et par des fibrilles engainantes. Ces éléments, condensés à leur origine, paraissent sur quelques pièces présenter une sorte de torsion (planche II). Ils progressent, ainsi constitués, pendant un certain temps, puis l'ensemble de ce fascicule s'atténue, et on voit donc, après l'avoir suivi pendant un certain temps, ce prolongement axile qui tantôt se termine en forme de fourche, comme l'ont indiqué certains auteurs, et tantôt en se perdant dans le réticulum ambiant.

2° Les prolongements basiques représentent à droite et à gauche de la masse pyramidale de la cellule, deux groupes de ramescences courtes et trapues qui se dichotomisent rapidement, et après un cours trajet donnent naissance à des ramuscules plus ténues, lesquelles à bref délai se résolvent en un chevelu très fin dont les mailles se continuent avec celles des cellules du voisinage (*fig.* 3 *et* 4).

Je dois ajouter que parmi les prolongements qui émergent de la base des cellules corticales, j'en ai ren-

contré quelques-uns qui, ainsi que Deiters l'a indiqué pour les cellules de la moelle épinière, naissent directement de la portion médiane de la base et se continuent avec un filament nerveux spécial. Cette disposition paraît donc entrer dans le plan général de la structure des cellules nerveuses, qu'elles appartiennent ou à la moelle ou bien au cerveau (1).

3° Les prolongements latéraux des cellules corticales représentent assez bien l'aspect de ce chevelu radicellaire que l'on voit à la surface de certaines racines tubéreuses.(Voir, avec une loupe, les détails de la planche photographique.)

Ils apparaissent sous forme de filaments déliés qui naissent de toute la surface du stroma cellulaire et constituent autour d'elle une sorte d'irradiation radicellaire qui s'étend de tous les côtés. Or, comme chaque cellule présente les mèmes dispositions, il en résulte que tous ces prolongements fins et déliés se relient à ceux des cellules du voisinage, et forment ainsi un réticulum nerveux condensé, véritable lacis inextricable, dans lequel les irradiations de la névroglie viennent à leur tour prendre leur place, si bien qu'à un moment donné il est bien difficile de déterminer ce qui appartient à l'élément nerveux actif ou à l'élément passif, la névroglie.

6° *Dénombrement.* — Les cellules corticales ainsi constituées sont réparties en nombre infini, dans l'épaisseur de l'écorce. A l'heure qu'il est, leur dénombrement est une chose à peu près impossible, et sur ce point nous ne pouvons avoir que des données approximatives. Le

(1) Deiters a décrit, principalement pour les cellules de la moelle, un prolongement spécial dit *nerveux* qui existerait à la base des cellules motrices, et se présenterait sous l'apparence du filament grêle, qui peu à peu prendrait de la myéline et se continuerait avec les nerfs.

calcul suivant peut jeter quelques traits de lumière sur ce problème si complexe.

Sur un fragment de substance corticale de 1 millimètre carré de surface et mesurant un dixième de millimètre en épaisseur, j'ai pu compter plusieurs fois 120 à 130 cellules nerveuses dans les régions profondes.

Maintenant, que l'on suppose par la pensée la proportion minuscule de ce petit carré de substance corticale, par rapport à la masse totale de l'écorce repliée en si grand nombre de fois sur elle-même, on arrivera ainsi à une évaluation de plusieurs centaines de mille. — Meynert, suivant Douillard, fixe le nombre des cellules cérébrales à 600.000.000 (1).

7° La question de savoir si les différents territoires de l'écorce présentent au point de vue de leur constitution histologique des caractères différentiels nettement accentués, ne me paraît pas encore suffisamment éclaircie. — J'ai examiné, à plusieurs reprises, d'une façon approfondie les différents groupes de circonvolutions appartenant aux différents lobes cérébraux, et je dois le dire, malgré tous mes efforts, je n'ai pu encore obtenir de résultats nets et définitifs.

Ce que l'on peut je crois considérer comme acquis à l'heure qu'il est, c'est que :

1° Les circonvolutions marginales rolandiques, les frontales interne et externe sont celles qui sont le plus riches en éléments cellulaires. — Ce sont elles qui résument les types les plus complets, c'est en elles qu'il faut rechercher les éléments les mieux développés et les plus régulièrement disposés. C'est principalement dans les substances grises du lobe paracentral et des circonvolutions marginales, que l'on rencontre ces cellules

(1) Douillard. Thèses de Paris, 1885.

géantes si caractéristiques et qui sont si particulièrement liées aux manifestations de la motricité, motricité psycho-cérébrale.

Les circonvolutions occipitales internes sont particulièrement distinguées par la présence d'un liseré onduleux blanchâtre, situé dans la région médiane et les suivant dans les ondulations qu'elles décrivent. (Comparer avec les mêmes fibres représentées en d, *fig.* 6.) Ce liseré blanchâtre n'est autre que l'amplification histologique d'un groupe de fibres commissurantes intercorticales, et qui, grises dans d'autres groupes, prennent ici de la myéline, et revèlent ainsi leur présence sous forme d'un liseré blanc caractéristique (1). Au point de vue histologique, les cellules des lobes occipitaux internes et externes ne m'ont pas paru pourvues de caractères tranchés, nettement appréciables. Relativement à leur nombre, à leur grosseur, aux caractères propres des différentes zones, je n'ai encore rien pu rencontrer qui me permette de les reconnaître *a priori* d'une façon certaine.

La substance grise de l'hippocampe présente par contre des particularités notables; nous avons expliqué précédemment comment la lame de substance grise de l'écorce, après avoir décrit à la surface du cerveau ses plis et replis, se terminait à la base en se contournant sur elle-même en forme d'une feuille de papier roulée en cornet. (Pl. I.)

Il résulte de cette disposition spéciale ce fait remarquable que les différents éléments histologiques qui la constituent sont facilement enroulés sur eux-mêmes,

(1) Ce liseré spécial, qui n'avait pas été décrit par les anatomistes contemporains, a été parfaitement figuré sur les planches du grand ouvrage de Vicq-d'Azyr. J'ai signalé cet oubli dans mes premières recherches de 1865, et c'est depuis ce temps, que ce fascicule nerveux a été décrit sous le mon de liseré de Vicq-d'Azyr.

comme les dessins espacés d'une étoffe que l'on enroule — au fur et à mesure qu'on tourne l'étoffe les dessins différents apparaissent à la vue. Sur une série de coupes verticales, qui représentent les différents temps de ce mouvement spiroïde, on voit donc tantôt les groupes des grosses cellules pyramidales apparaître d'une façon isolée et tantôt ceux des petites cellules. Ces deux zones sont reliées entre elles par les prolongements axiles des cellules profondes, et ces prolongements axiles, au lieu d'être rectilignes comme partout ailleurs, sont ici curvilignes et harmonieusement infléchis dans leur trajet spiroïde continu.

La substance grise des corps godronnés se présente sous la forme de petites dentelures plus ou moins épaisses, de colorations grisâtres et localisées suivant une ligne courbe à la face interne de l'hippocampe. — Au point de vue de leur signification anatomique, ces plis de substance grise représentent une série de circonvolutions rudimentaires, non encore développées et nettement constituées en tant qu'éléments corticaux. Au point de vue de leur structure, ils sont constitués par un stroma très abondant au sein duquel apparaissent quelques éléments morphologiques très nettement apparents. A leur centre, on constate des petits bouquets de fibres blanches dont le mode d'immersion dans la substance grise se fait, sauf les proportions, suivant le même mode que pour les grandes circonvolutions. Ils sont donc constitués comme tous leurs congénères, et sans vouloir faire des hypothèses invraisemblables, s'il est prouvé, d'après les recherches de Broca, que le cerveau de certaines races d'hommes, et celui des Parisiens en particulier, est susceptible de suivre un accroissement progressif de siècle en siècle, peut-être faudrait-il voir dans cette agglomération de circonvolutions rudimentaires des corps godronnés, les réserves de l'avenir par

l'augmentation du cerveau humain, qui trouverait ainsi en ces régions des éléments tout préparés pour son évolution ascendante.

8° *Rapports des cellules nerveuses avec les fibres blanches.* — Les connexions des fibres blanches cérébrales avec les réseaux de l'écorce sont tout à fait intimes et d'une indissolubilité absolue. — On peut dire que, d'une part, les

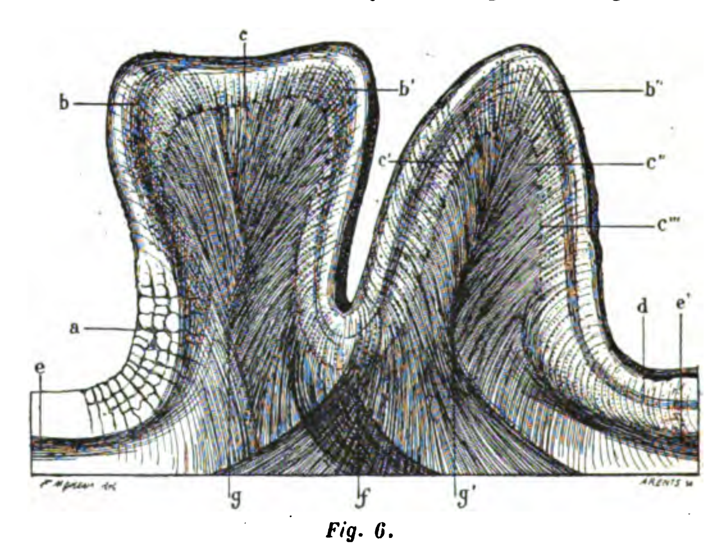



*Fig. 6.*

*Rapports généraux de la substance blanche avec la substance grise corticale.*

a. a'. — Disposition du lacis des capillaires sur un point donné de l'écorce.

b. b'. b''. — Disposition des fibres blanches au moment de leur immersion dans les régions culminantes de l'écorce.

c. c'. c''. — Immersion des fibres blanches dans les régions latérales de l'écorce. — En c' elles présentent une disposition légèrement spiroïde. — En c'' elles s'épanouissent sous forme de fibrillles divergentes. — En c''' sont les rangées des cellules pyramidales géantes, représentées fig. 3 et 4.

d. — Fascicule de fibres commissurantes intercorticales. Elles remontent jusqu'à la partie culminante en b' et b'' et forment un entrecroisement avec les fibres directes longitudinales.

e. e'. — Disposition curviligue des fibres blanches au fond des sillons dans les régions basses des plis.

réseaux de l'écorce représentent des foyers d'émission pour un certain nombre de fibres auxquelles ses éléments donnent naissance, et, d'autre part, un centre de réception pour une autre catégorie de fibres qui viennent se perdre au milieu de ses réseaux.

Sur des coupes verticales de circonvolutions, on reconnaît que les fibres blanches, au moment où elles entrent en conflit avec la substance grise, représentent une disposition toute spéciale (*fig.* 6) : la substance grise de l'écorce représentant, en effet, partout, une lame onduleuse formant une culmination et ayant par conséquent, à droite et à gauche, deux versants au fond desquels se trouve une vallée qui n'est autre que le fond des plis correspondants. Dans ces conditions, la masse des fibres blanches arrive et alors on voit un éparpillement très régulier s'opérer : tandis que les fibres les plus centrales pénètrent d'une façon rectiligne dans les réseaux gris, on voit celles qui existent sur les portions latérales se dévier légèrement à droite et à gauche sous forme de linéaments incurvés, d'autant plus infléchis qu'ils occupent une situation plus inférieure. — Il en résulte une manière d'être générale de toutes ces fibres, qui peuvent à ce moment de leur parcours être très nettement comparées aux filaments fins d'un pinceau à l'aquarelle, d'un gros blaireau, par exemple, que l'on tiendrait verticalement renversé la pointe en haut et dont toutes les barbes, obéissant à la pesanteur, s'infléchissent harmonieusement les unes au-dessus des autres, suivant leurs différentes longueurs.

Une fois en contact avec les réseaux gris, les fibres blanches y pénètrent par groupes isolés, et peu à peu, par le fait même de l'accroissement progressif de leurs éléments constitutifs et de la disparition de la myéline, elles deviennent fibrilles grises très minces et s'épuisent successivement dans les différentes zones des réseaux

cellulaires qu'elles rencontrent sur leur passage (c c' c'' *fig.* 6).

En général, elles abordent les grandes cellules par les prolongements basiques et paraissent entrer en connexion avec eux, d'autres se faufilent dans les régions supérieures et s'épuisent çà et là, soit dans le stroma interstitiel, soit dans les plexus nerveux radiés des cellules ambiantes. (Pl. photographique.)

Un certain nombre même paraît d'emblée destiné à s'épuiser dans les réseaux des cellules sous-méningées. Sûr certaines préparations favorables, j'ai pu me rendre compte de cette disposition caractéristique, et voir des paquets de fibres s'élever directement sur les versants latéraux de ces dernières circonvolutions, pour aller se perdre au milieu des réseaux gris des portions culminantes de l'écorce (b'' *fig.* 6). Il est vraisemblable que cette disposition est commune à un grand nombre de territoires corticaux et que les cellules sous-méningées reçoivent un contingent de fibrilles nerveuses qui leur sont spécialement affectées.

Il est encore un point relatif à la distribution des fibres blanches de l'écorce qui nécessite de fixer l'attention. C'est le mode de répartition des fibres blanches dans les portions déclives de l'écorce, dans celles qui constituent les vallées intermédiaires entre les versants latéraux des circonvolutions de voisinage e e'' (*fig.* 6).

Ces régions présentent, en effet, une disposition spéciale : la lame corticale, au lieu de former comme à la partie supérieure de chaque circonvolution une région culminante convexe, forme une région excavée à concavité supérieure. Les fibres blanches qui se distribuent dans ces régions présentent un dispositif tout spécial. Elles sont d'abord plus petites, ayant un chemin moindre à parcourir, et, de plus, elles sont légèrement curvilignes dans leur mode de direction. Dans les portions

médianes, elles prennent une direction presque rectiligne et pénétrent dans les réseaux de cellules sous formes de linéaments parallèles.

Nous ignorons encore le rôle physiologique de ces éléments fibrillaires qui, d'un plus court rayon que leurs congénères des régions culminantes de l'écorce, vont se mettre en contact avec les régions du fond des vallées de l'écorce. Ces régions ont-elles des attributions dynamiques distinctes dans le jeu des opérations cérébrales? sont-elles le siège des certaines réactions de provenance rudimentaire et automatique, qui trouveraient dans les régions culminantes des moyens ultérieurs de perfectionnement? — Ce sont là des problèmes que nous ne faisons que de poser, laissant aux physiologistes de l'avenir le soin de les résoudre.

9° *Des Capillaires.* — Le caractère anatomique spécial qui distingue les capillaires du système nerveux central, c'est qu'ils sont pourvus d'une gaine adventice, sorte de manchon cylindrique dans la cavité duquel chaque conduit sanguin est isolé.

Cette gaine, dite lymphatique, décrite pour la première fois par Ch. Robin (1), est une émanation du tissu lamineux ambiant. Sur des capillaires isolés, elle se voit très nettement comme une membrane flottante engainant le vaisseau inclus. — Sur des coupes durcies, parallèles à la continuité du vaisseau, on voit très nettement que par sa face externe cette gaine est adhérente à la névroglie ambiante, et que par sa face interne elle est en rapport plus ou moins immédiat avec le vaisseau auquel elle est rattachée par des brides multiples. L'espace libre interposé entre ce vaisseau et sa gaine

(1) Robin, *Recherches sur quelques particularités de la structure des capillaires de l'encéphale. (Journal de physiologie* 1859.)

constitue ces espaces dits lymphatique, qui, suivant certains auteurs, seraient occupés par des globules blancs.

Ces espaces communiquent, à l'aide d'orifices infundibuliformes, avec la pie-mère, et de là avec le réticulum sous-méningé, qui est en quelque sorte le déversoir commun à eux tous.

Il est d'observation que cette gaine spéciale qui entre dans la constitution intime des vaisseaux de l'écorce est appelée à jouer un rôle considérable dans les phénomènes de la circulation intra-corticale.

On comprend en effet comment, dans certaines formes de congestion cérébrale, cette gaine adventice forme une barrière à l'inondation sanguine, qui se trouve ainsi arrêtée et ne s'infiltre pas au milieu du tissu nerveux.

Lorsque la pression sanguine, en effet, n'est pas exagérée, la rupture des parois vasculaires ayant lieu, le sang s'infiltre alors dans les gaines lymphatiques. Dans ces circonstances, on rencontre les capillaires rigides injectés par un coagulum sanguin; ils apparaissent sur des coupes longitudinales, sous forme de petits filaments rougeâtres, et sur des coupes perpendiculaires à leur diamètre, sous l'apparence de petites taches hématiques, toutes de même surface, qui constituent cet état spécial du cerveau qu'on appelle le *piqueté* cérébral.

Lorsque la pression sanguine devient plus considérable, la rupture de la gaine protectrice a lieu, et c'est alors que le sang fait irruption dans le tissu ambiant et constitue un de ces foyers hémorragiques spéciaux qui forment, comme on sait, un chapitre considérable dans l'étude des lésions du cerveau.

Quant aux capillaires considérés en eux-mêmes d'une façon intrinsèque, ils sont constitués dans le cerveau comme ceux des autres tissus. — Des fibrilles conjoncti-

ves juxtaposées dans le sens longitudinal, pourvues d'un noyau central très apparent même sur les sujets âgés, constituent leur paroi externe. Ces éléments fibrillaires fusiformes envoient des prolongements multiples dans les différents territoires environnants et se relient ainsi à la névroglie proprement dite.

Des fibres circulaires, pareillement nucléées, forment une couche continue en dedans de la précédente. Elles sont nettement visibles sur des planches photo-micrographiques de ma collection, même dans leurs réseaux les plus délicats. — Seulement, dans ces régions ultimes, les fibres circulaires cessent de former une couche continue et sont interrompues de distance en distance. Elles se présentent avec un aspect qui rappelle assez bien les anneaux cartilagineux des bronches. — Enfin, en dedans de la couche des fibres circulaires, existe la tunique interne, dont les parois hyalines transparentes présentent, le long de sa continuité, des noyaux longitudinalement et des noyaux transversalement dirigés.

Les conduits artériels, après s'être ramifiés d'une façon dichotomiques et s'être épuisés en un réticulum à mailles plus ou moins serrées, au pourtour de certains groupes de cellules nerveuses, forment dans les portions ultimes de leurs parcours un réseau d'une délicatesse extrême, réduit à la membrane interne du vaisseau accompagnée de quelques fibres circulaires et longitudinales.

Ils se reconstituent bientôt en plexus, de plus en plus volumineux, qui deviennent eux-mêmes les origines des radicules veineuses correspondant aux artères.

L'abondance des fibres conjonctives qui entrent dans la constitution des parois des capillaires, d'une part, et,

d'autre part, les connexions multiples que ces mêmes parois contractent avec la névroglie ambiante, expliquent le rôle prépondérant que ces parois jouent dans la pathogénie des altérations profondes de la trame nerveuse.

C'est ainsi que, lorsqu'un travail irritatif commence à sévir dans le tissu cérébral, on trouve toujours que ce sont les parois des capillaires qui sont les foyers primitifs d'irradiation du mal. La plupart du temps, dans la sclérose diffuse de la paralysie générale, par exemple, ce sont elles qui sont les premières envahies. On trouve alors les fibres longitudinales plus épaisses, leur noyau plus volumineux; d'autres fois ce sont les fibres circulaires principalement qui s'hypertrophient, si bien qu'elles forment des bourrelets rigides qui par leur épaississement oblitèrent la cavité même du vaisseau.

Ce travail morbide de sclérose qui envahit les capillaires, se fait sentir à distance. Il se passe pour la trame cérébrale un phénomène analogue à celui qui a lieu pour l'évolution de la sclérose hépatique, alors que le tissu néoplasique, en raison de ses propriétés rétractiles, tiraille les vaisseaux sanguins et biliaires en les maintenant béants.

Dans le tissu cérébral envahi par la sclérose soit locale, soit généralisée, les mêmes modifications anatomiques se révèlent. La lumière des capillaires, tiraillée par les forces rétractiles du tissu scléreux, reste béante sous le tranchant du couteau qui l'incise. C'est là le signe caractéristique du travail morbide interstitiel qui s'est accompli dans leur tissu.

On comprend de la sorte quelle énorme influence l'épaississement pathologique des parois des canaux sanguins peut avoir sur la régularité du cours du sang, et comment, à un moment donné, des ischémies partielles peuvent se déclarer dans tout un territoire de l'écorce, par le fait seul du développement exubérant

de ces mêmes fibres circulaires des vaisseaux, qui interrompent, *ipso facto*, le cours du sang dans les régions intéressées.

On comprend encore comment, en vertu de ces mêmes conditions, la dilatation mécanique des vaisseaux, devenue continue, doit amener des hyperhémies chroniques locales et partielles dans telle ou telle région par la prolifération du tissu sclérosique en activité.

En dehors de ces épaississements scléreux des parois des capillaires, qui sont destinés à jouer un rôle si important dans les phénomènes de la vie des cellules nerveuses, ces mêmes parois peuvent présenter des modifications de structure plus ou moins profondes, telles que les dégénérescences athéromateuse, colloïde, anévrismatique, etc.

La dégénérescence athéromateuse, que l'on constate même assez fréquemment chez les sujets jeunes, dans certaines formes de maladies mentales, est constituée par l'existence de dépôts granulo-graisseux infiltrés dans l'épaisseur du vaisseau. Ces dépôts qui se caractérisent à l'œil nu tantôt sous forme de plaques blanchâtres, tantôt sous forme de dépôts plus ou moins tubuleux, se reconnaissent au microscope par la présence de granulations jaunâtres plus ou moins abondantes, faisant corps avec la paroi même du capillaire et quelquefois faisant saillie dans sa cavité. Ces dépôts, sont constitués par une substance organique et par une substance minérale faisant effervescence avec les acides (1).

La dégénérescence colloïde, dont Magnan, dans ces dernières années a donné une bonne description, est caractérisée par un épaississement très notable des parois des capillaires. Elles se présentent à la coupe

(1) Voyez le travail de L. Meyer *sur la dégénérescence graisseuse des parois des capillaires. (Annales médico-psych.*, t. II, p. 170, 1873.)

sous un aspect gélatineux; elles sont hyalines, transparentes et d'apparence amorphe, et présentent des caractères physico-chimiques analogues à ceux de la matière colloïde elle-même (1).

La dégénérescence anévrismatique miliaire, dont l'étude a été surtout mise en évidence par les travaux des anatomistes modernes, est caractérisée par l'existence de petite masses arrondies et globuleuses, appendues le long de la continuité des vaisseaux; elles sont d'une couleur rouge qui tranche très nettement avec le tissu ambiant, duquel on peut facilement les énucléer à l'aide d'une pointe d'aiguille. Leur volume est en général de 1/10 à 1 millimètre; leur forme est tantôt ampullaire, tantôt arrondie nettement. Quelquefois elles sont pédiculées, on peut en rencontrer deux ou trois seulement et parfois plusieurs centaines. Elles siègent de préférence soit dans l'écorce, soit dans les noyaux centraux.

Au point do vue de leur origine, elles résultent la plupart du temps de la rupture de la paroi propre du vaisseau préalablement malade; le sang s'accumule alors entre cette paroi perforée et la gaine lymphatique; l'anévrisme est ainsi constitué. On comprend la soudaineté des phénomènes apoplectiques causés par la rupture d'une tumeur ainsi constituée, qui donne instantanément issue à une inondation sanguine faisant effraction dans les tissus et portant au loin ses ravages (2).

(1) Magnan, *Archives de physiologie*, mars 1869.

(2) Charcot et Bouchard, Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'hémorragie cérébrale. (*Archives de physiologie*, 1868.)

Meyer, Dégénérescence anévrismale des capillaires de l'écorce. (*Annales médico-psychologiques*. 1870, t. I, p. 155.)

Batty Tuke. Lésions syphilitiques des capillaires cérébraux. (*Annales médico-psychologiques*. 1878, t. I, p. 433.)

10° *De la névroglie.* — On désigne sous le nom de névroglie, depuis les travaux de Virchow et de son école (1), la trame celluleuse qui sert de moyen d'union et de support nutritif aux éléments du système nerveux. Elle se présente sous forme d'un réticulum excessivement fin de fibrilles enchevêtrées, très nettement apparentes sur des pièces durcies dans l'acide chromique, et parsemées de corpuscules solides (myélocytes de Robin), lesquels, répandus en nombre infini au milieu de ses réseaux, représentent ses éléments morphologiques essentiels.

Ces corpuscules, que l'on voit très nettement sur des préparations fraîches, et qui pendant longtemps ont été considérés comme des éléments nerveux en voie d'évolution, s'en distinguent néanmoins par leur forme, leur volume et leur coloration. Ils mesurent en moyenne 8 à 10 $\mu$; ils sont par conséquent plus petits que les petites cellules elles-mêmes.

Leur forme est franchement discoïde; par conséquent, elle n'est ni globuleuse ni polygonale. Leur masse est homogène, grisâtre et se distingue par un pointillé grenu. Rarement ils apparaissent sous forme de cellules complètes. Dans ces conditions, ils se présentent, soit sous l'aspect de véritables cellules polygonales, dont le protoplasma se résout en un chevelu filamenteux désigné sous le nom de *cellules araignées*, soit sous l'aspect d'éléments fusiformes, principalement aux environs de la gaine des vaisseaux.

Dans la plupart des cas, ces corpuscules discoïdes de la névroglie émettent directement de leur substance des filaments radiés qui représentent en quelque sorte un protoplasma diffus qui se résout en filaments épars et forme avec les filaments du voisinage un réticulum serré,

(1) Etudes récentes relatives à l'anatomie normale de la névroglie, par Gombault. *(Archives physiol.* 1873, p. 455.)

fin, à mailles de plus en plus petites, au sein duquel les cellules nerveuses sont reçues et les tubes nerveux enserrés de toutes parts.

La névroglie, ainsi constituée, est donc un véritable lacis qui réunit et cimente entre eux les éléments actifs du système nerveux. Elle forme une véritable gangue interstitielle qui les supporte et devient ainsi l'instrument par excellence de leur intégrité morphologique et de leur nutrition.

La névroglie cérébrale paraît prendre ses origines au-dessous des capillaires de la pie-mère. On voit, en effet, se détacher des parois externes des capillaires, une série de prolongements qui, à mesure qu'ils pénètrent dans le tissu ambiant, s'amincissent et se raréfient. Ces prolongements sont constitués quelquefois, surtout à leur origine, par des fibres conjonctives très nettement fusiformes et juxtaposées, pour former des fascicules. Peu à peu, ces caractères primitifs disparaissent et le réticulum celluleux finit par prendre de plus en plus les caractères du tissu névroglique.

Les apparences sous lesquelles se présente la névroglie varient suivant les milieux dans lesquels on la considère.

Dans l'écorce, elle se présente sous deux aspects :

1° D'abord, sous forme d'une cuticule aréolaire étendue, comme un espace spongieux interposé entre les méninges et les zones des petites cellules corticales qui sont sous-jacentes. Elle forme ainsi à la surface des circonvolutions une lame isolante continue qui peut être considérée comme une sorte d'épiderme destiné à tamiser les liquides nutritifs et à jouer un rôle dans les phénomènes trophiques de la vie des cellules de l'écorce : c'est ce qu'on peut appeler le réseau aréolaire l'épicortical.

2° D'autre part, dans l'intimité de la trame de l'écorce,

le tissu interstitiel est constitué par un treillis de filaments très serrés, au sein desquels apparaissent un grand nombre de corpuscules discoïdes qui sont en quelque sorte des petits centres d'irradiation du chevelu fibrillaire.

On y constate que ces éléments conjonctifs forment de véritables combinaisons histologiques avec les éléments nerveux eux-mêmes, et, d'autre part, qu'ils soutiennent les capillaires et paraissent très certainement provenir de leur paroi (1).

Nous verrons plus loin, dans l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale, quelle part immense ces éléments de la trame interstitielle jouent dans l'évolution du processus morbide qui se déroule. Nous verrons ainsi que les éléments de la cuticule, dès le début, sont le siège d'une véritable prolifération; — que le travail de prolifération néoplasique semble s'irradier des parois des capillaires, et se propager avec eux dans l'intimité du tissu même de l'écorce, — et que tous ces éléments normaux corpusculaires, qui à l'état normal jouent un simple rôle de soutien, subissent un travail irritatif en vertu duquel ils se multiplient en nombre infini, forment des travées de plus en plus épaisses, et finalement constituent une véritable sclérose interstitielle qui étouffe les éléments essentiellement actifs.

3° Dans la substance blanche, la trame conjonctive interstitielle est pareillement constituée par un réticulum et par des corpuscules discoïdes. Il en résulte un plexus continu formant des mailles longitudinales qui serpentent à travers les tubes nerveux, les enlacent de mille façons et les tiennent rapprochés les uns des autres comme les liens d'un fagot. Il est probable même que

(1) Butzke, dans ses études microscopiques de la couche corticale des grands hémisphères, est arrivé aux mêmes conclusions. (*Annales médico-psychologiques*, 1874. t. II, p. 465.)

ces filaments cellulaires par leurs divisions ultimes, contractent des adhérences avec leur gaîne.

Remarquons enfin que les réseaux de la névroglie appartenant à la substance blanche sont en continuité directe avec ceux de la substance grise de l'écorce et des noyaux opto-striés. — Il n'y a entre ces divers départements aucun point de démarcation ; si bien que, depuis les régions les plus inférieures du système nerveux, depuis l'extrémité caudale de la moelle jusqu'aux régions sous-méningées de l'écorce du cerveau et du cervelet, jusque dans l'intimité des masses centrales, la névroglie, partout, comme un véritable tissu conjonctif ordinaire, établit entre les différents départements du système un lien connectif qui les solidarise les uns avec les autres, et devient ainsi l'instrument actif de leurs sympathies communes.

*(A suivre.)*

---

NOUVEAUX PROCÉDÉS

# DE DURCISSEMENT DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE

**Par le Dr J. LUYS (1)**

De l'emploi du plâtre pour prendre les empreintes des fibres cérébrales disséquées et durcies. Anomalies des plis de l'écorce dans le cerveau d'une hystérique, etc.

J'expose actuellement les résultats de quelques recherches spéciales qui intéressent soit l'anatomie normale, soit l'anatomie pathologique des centres nerveux. Ces communications sont relatives :

1° A une méthode spéciale de durcissement et de dissection de la substance cérébrale, à l'aide des réactifs spéciaux et du clivage de ses fibres ;

(1) Mémoire lu à l'Académie de médecine, octobre 86.

2° A l'emploi du plâtre pour prendre les empreintes des fibres ou de certaines régions cérébrales disséquées à l'aide des procédés précédemment indiqués;

3° A l'état morphologique spécial du cerveau chez les hystériques et à l'existence de malformations spéciales dans la répartition des fibres de l'écorce.

1° Relativement au premier point, j'ai reconnu qu'après avoir successivement immergé la substance cérébrale d'abord dans un bain de bichromate de potasse à saturation, puis d'alcool méthylique auquel succédait un autre bain de chloral saturé, j'obtenais un durcissement spécial qui me permettait de détacher des lambeaux de substances blanche, comme on détache des fibres de bois en les suivant selon leur direction, et de pouvoir ainsi suivre les fibres par une sorte de clivage, dans leur direction naturelle.

Sur les pièces ainsi préparées depuis déjà plus de deux ans, ainsi que sur les images photographiques de ces mêmes pièces que je présente en ce moment, on voit très nettement l'isolement et la disposition de deux systèmes de fibres blanches disposées harmonieusement autour des noyaux centraux.

L'un, celui qui se voit à la face interne du cerveau, réprésente l'ensemble des fibres radiées thalamo-corticales qui vont des couches optiques vers tous les points de la périphérie corticale. Ce système de fibres comprend dans son ensemble les fibres postérieures signalées par Kölliker, les fibres de la couronne de Reil et enfin celles de la capsule interne qui ne sont qu'une dépendance de ce système rayonné spécial.

L'autre système des fibres se voit en dehors du précédent. — Il appartient spécialement aux noyaux du corps strié. — On voit en effet, sur les préparations ci-jointes, une série de fascicules isolés se diriger d'une façon convergente sur le corps strié, comme les lames

d'un éventail. — Un fascicule entre autres, complètement isolé et disséqué, se distingue très nettement. Il émerge des régions du lobe paracentral (régions psycho-motrices) et se dirige sur la substance grise du corps strié dans laquelle il se perd. — Ces éléments fibrillaires (1) constituent un système à part du précédent, qui, à raison de sa connexion avec l'écorce et son noyau central, peut être dénommé système des fibres *cortico-striées*.

Ces fibres spéciales, qui paraissent servir de trait d'union entre les régions psycho-motrices de l'écorce et les noyaux réputés moteurs du cerveau, sont vraisemblablement destinées à jouer un rôle important dans la transmission des incitations motrices intra-cérébrales.

2° Les pièces que je présente en ce moment ont pu, même à l'état frais, étant suffisamment durcies, recevoir une couche de plâtre qui a pris l'empreinte de leur relief, et permis de conserver l'aspect naturel de l'état frais. C'est une méthode nouvelle que celle de l'emploi du plâtre dans ce domaine spécial de l'anatomie, qui permet de pouvoir conserver soit pour les collections, soit pour les démonstrations des cours, des spécimens authentiques de tel ou tel département.

C'est ainsi qu'en dehors de ces deux systèmes de fibres cérébrales, thalamo-corticales et cortico-striées, dont j'ai pu obtenir des moulages très expressifs, j'ai pu encore obtenir le relief (chose que je crois n'avoir encore été faite par aucun anatomiste) de ce noyau de substance grise spéciale décrit par Stilling à la base du cerveau, et qui, à l'état normal, présente le volume d'un gros pois. Sur une de mes préparations ci-jointes, on voit cette petite masse nerveuse sous forme d'un demi-sphé-

(1) Ces fibres rayonnantes, en raison de leurs connexions réciproques, sont vraisemblablement destinées à jouer un rôle important dans la dissémination des impressions sensorielles vers l'écorce.

roïde; et sur une autre, on constate l'existence de la petite excavation qu'il a laissée dans les régions où il est situé.

3° Voici enfin le cerveau durci et momifié d'une hystérique morte dans mon service, et qui présente. au point de vue de la disposition de certaines circonvolutions, des dispositions toutes spéciales, dont je me propose de donner une description complète. Je me borne pour le moment à vous signaler les particularités suivantes.

La malade était atteinte de phénomènes hystériques, dans lesquels c'était principalement l'excitabilité nerveuse, l'émotivité qui était en jeu, les crises convulsives étant modérées et se caractérisant çà et là par des crampes douloureuses, des secousses généralisées qui ne laissaient pas de traces permanentes. Cette malade, qui pendant de longues années a subi des traitements multiples dans les hôpitaux, était en même temps hypnotisable : mais, il faut bien le dire, les pratiques de l'hypnotisme n'ont jamais amené une sédation notable de son état nerveux.

Elle succomba à des accidents étrangers à sa maladie primitive, et son cerveau me présenta les principales particularités de structure que je vous signale :

1° L'irrégularité morphologique porte surtout sur le lobe gauche. Là on trouve au niveau de la partie supérieure du sillon de Rolando une disposition insolite que je n'ai pas encore rencontrée. C'est l'existence d'un pli supplémentaire qui vient du lobe ovalaire et s'interpose comme un coin entre l'extrémité de la pariétale ascendante qu'il projette en arrière et celle de la frontale ascendante qu'il projette en avant.

Sur ce même lobe, on constate encore un fort épaississement, surtout à la base de la pariétale ascendante, ainsi que les flexuosités multiples qu'elle décrit.

Le lobe droit n'est pas intéressé dans la même région; et on voit très aisément que la circonvolution frontale ascendante est très nettement interrompue dans sa continuité, et offre par conséquent une disposition insolite, que j'ai principalement rencontrée jusqu'ici dans le cerveau d'aliénés chroniques anciens hallucinés (1).

En dehors d'autres dispositions de deuxième importance, je signalerai encore le développement des lobes carrés à droite et à gauche, fait important à noter pour les auteurs qui sont portés à considérer ces régions comme les territoires propres de la sensibilité et de l'émotivité psychique, et la saillie non moins significative des régions du paracentral,fait qui coïncide encore avec certaines formes d'exaltation cérébrale dont j'ai eu l'occasion de rencontrer quelques exemples intéressants.

L'examen superficiel du cerveau de cette hystérique hypnotisable me paraît destiné à avoir une certaine importance au point de vue de la classification des symptômes de l'hystérie dans les cadres nosologiques. On voit donc par ce simple fait que, si l'hystérie est considérée comme un ensemble protéiforme de troubles dynamiques originaux, ces troubles dynamiques ne sont pas seuls à constituer la maladie. Ils expriment un désordre organique sous-jacent, un état cérébral souvent héréditaire, fatalement inhérent au sujet, et qui est la caractéristique véritable de l'allure de son esprit et des manifestatations névropathiques de toute sorte qu'il présente dans son évolution et auxquelles il ne peut se soustraire. On naît hystérique, on vit hystérique, et on meurt hystérique. Les nécropsies spéciales que j'ai eu l'occasion de faire à la Salpêtrière ne me laissent aucun doute à ce sujet.

(1) Nous donnerons d'ici à quelque temps, une description détaillée du cerveau de cette hystérique, avec planches photographiées à l'appui.

# DE LA RÉPARTITION
# DU SANG CIRCULANT DANS L'ENCÉPHALE

EXPÉRIENCES FAITES AU LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLE

Par le Dr E. SPEHL, de Bruxelles (1)

Tous ceux qui ont entrepris, soit directement, soit indirectement, de résoudre le problème de la circulation cérébrale pendant le sommeil, peuvent être rangés en deux groupes :

1° Ceux qui admettent que pendant le sommeil le cerveau est anémié ;

2° Ceux qui pensent, au contraire, que pendant le sommeil le cerveau est congestionné.

La seconde hypothèse est la plus ancienne; en 1860 pour la première fois, elle fut vivement combattue par l'anglais Durham, et on la croyait définitivement rejetée, lorsque dans ces derniers temps, en 1874, elle a été reprise et très chaudement défendue par de nouveaux adeptes (Langlet).

Afin de bien nous rendre compte de la valeur des arguments formulés pour ou contre chacune de ces deux théories, nous passerons méthodiquement en revue les principaux travaux sur lesquels elles sont basées; nous donnerons ultérieurement les résultats que nous ont fournis nos recherches personnelles.

## *A*. Le cerveau est anémié pendant le sommeil

Quatre procédés d'expérimentation ont été employés : nous les examinerons dans l'ordre même où ils se sont produits.

(1) Les expériences de M. Spehl sont extraites d'un travail publié sous le titre suivant : *De la répartition du sang circulant dans l'Economie (poumon, encéphale, muscles)*. Bruxelles.

I. — Quelques physiologistes ont d'abord essayé de surprendre expérimentalement, sur les animaux, *l'état des vaisseaux* de l'encéphale à divers moments.

Durham (1). le premier, a appliqué ce procédé d'exploration à la recherche des modifications de la circulation cérébrale pendant le sommeil. Pour cela, il pratiquait une couronne de trépan chez des chiens, et observait directement les différences de vascularisation du cerveau correspondant à la veille et au sommeil. Après de nombreuses expériences il a émis les conclusions suivantes, qui allaient tout à fait à l'encontre des opinions admises à cette époque.

« 1° La pression des veines sur le cerveau, par dis-
« tension, n'est pas la cause du sommeil, car durant cet
« état les veines ne sont pas distendues; et, lorsqu'elles
« le sont, il survient des symptômes et un aspect du
« cerveau, qui diffèrent de ceux qui caractérisent le
« sommeil. »

« 2° Pendant le sommeil le cerveau est dans un état
« d'anémie relative, et le sang contenu dans les vais-
« seaux encéphaliques n'est pas seulement diminué en
« quantité, mais aussi il circule rapidement » ...etc.

D'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons Claude Bernard (2), Hammond, Regnard (3), Ernest Samson (4), Weir Mitchell, ont répété les expériences de Durham, et leurs résultats ont pleinement confirmé ceux de ce dernier.

II. — Un peu plus tard des observateurs ont eu l'heureuse idée de tirer parti de certaines conditions patholo-

(1) A. Durham. The Physiology of Sleep. In Guy's Hospital Reports, t, VI, p. 148-73, 1860.

(2) Claude Bernard. Leçons sur les anesthésiques. Paris, 1875, librairie J.-B. Baillière.

(3) Regnard. De la congestion cérébrale. Thèse. Strasbourg, 1868.

(4) Samson (E.-A.). Chloroform, its action and administration. London, 1865.

giques, telles que la perte d'une portion de la voûte cranienne, pour examiner *les mouvements d'expansion* du cerveau soit pendant le sommeil, soit dans d'autres circonstances.

Caldwell cite le cas d'une femme se trouvant dans les conditions indiquées ci-dessus, dont « le cerveau « restait dans le crâne presque sans mouvement quand « elle dormait d'un profond sommeil; lorsqu'elle rêvait « il s'élevait, et, lorsque ses rêves (qu'elle racontait au « réveil) étaient intéressants ou précis, le cerveau faisait « saillie à travers l'ouverture du crâne. »

Blumenbach (1) a noté chez un malade « l'affaissement « du cerveau pendant le sommeil et l'expansion avec « turgescence sanguine lorsque le malade se réveil- « lait. »

Hammond (2) a eu l'occasion d'observer un épileptique présentant une perte de substance des os du crâne. Ce médecin constata que « dans l'état comateux succédant « aux attaques d'épilepsie il y avait *élévation* de la cica- « trice, et que dans le sommeil consécutif à la stupeur, « il y avait *dépression* du cuir chevelu au niveau de la « cicatrice ; dans l'état de veille celle-ci restait *au niveau* « *des os du crâne.* »

III. — Les observations qui précèdent sont, sans aucun doute, très intéressantes et constituent un véritable progrès sur les premières expériences; on peut cependant leur reprocher l'absence de précision dans l'énoncé des résultats.

Bruns, le premier, comprenant tout le parti qu'il pouvait tirer d'un semblable mode d'investigation, imagina d'étudier les fonctions cérébrales par la *méthode graphique.* Grâce à cette nouvelle disposition, il lui fut non

(1) Blumenbach. Psychological Journal, vol. V, p. 74.
(2) Hammond. (William.) On Rakefulness. Philadelphia, 1866.

seulement possible de vérifier les faits indiqués par ses prédécesseurs, mais il eut sur ces derniers l'avantage de pouvoir enregistrer et *mesurer* la valeur relative des différents mouvements du cerveau, tout en les rattachant à la circulation et à la respiration. Il constata pendant le sommeil une diminution de l'amplitude des mouvements du cerveau; il en conclut à un état anémique de cet organe.

Leyden, après lui, répéta ses expériences à l'aide d'un instrument analogue au kymographe de Ludwig; ses résultats confirmèrent pleinement ceux de Bruns.

Salathé (1) à son tour étudia, en 1877, ces phénomènes en examinant les mouvements propres de la fontanelle antérieure chez les jeunes enfants, toujours à l'aide d'appareils graphiques; il constata de cette façon que « les mouvements de la fontanelle, liés à l'action du « cœur, offrent une excursion plus développée pendant « le sommeil que pendant la veille, ce qui dénote une « diminution de la tension intra-cranienne, et par con- « séquent aussi de la turgescence de l'encéphale, »

Enfin, Mosso (2) a complété d'une façon remarquable les résultats obtenus par les auteurs que nous venons de citer, en faisant un grand nombre d'expériences sur trois sujets qu'il a eus pendant assez longtemps à sa disposition : un homme de 37 ans, une femme du même âge et un enfant de 11 à 12 ans. Grâce à des appareils spéciaux, ce physiologiste à pu observer en même temps les mouvements du cerveau, ceux de la poitrine et le pouls radial. Voici, d'ailleurs, ce qui ressort de ses nombreux travaux :

« Il se produit dans la circulation cérébrale des mo-

(1) Salathé. Recherches sur les mouvements du cerveau. (Th. de Paris, 1877.)

(2) Mosso. Ueber den Kreislauf des Blutes in menschlichen Gehirn. Leipsig, 1881.

« difications au moment intermédiaire entre le sommeil « et le réveil. A ces changements de l'état de réplétion « vasculaire cerébrale correspondent des variations dans « la vascularisation des membres et en particulier de « l'avant-bras, où l'élargissement des vaisseaux, c'est-à- « dire l'afflux sanguin, a été noté au moyen du pléthis- « phygmographe. De plus, pendant le sommeil même, « on peut constater que toute excitation externe portée « sur les organes des sens ou même sur la peau, amène « une contraction des vaisseaux de l'avant-bras, d'où « une augmentation de pression qui produit consécuti- « vement un *afflux de sang vers le cerveau*, constaté par « un changement dans le tracé graphique obtenu à la « surface de l'encéphale. Réciproquement, lorsqu'on « éveille brusquement le sujet endormi, il y a contrac- « tion des vaisseaux du cerveau et en même temps « augmentation de la pression générale et accélération « du cours du sang dans les hémisphères. »

....... « Les modifications dans la pression intra-cranienne et dans les mouvements d'expansion du cerveau, faciles à observer à l'état de veille, peuvent se produire à un certain degré pendant le sommeil par des excitations extérieures des sens, qui sont cependant insuffisantes pour réveiller le sujet. C'est ainsi que la parole, un bruit, un attouchement, l'action de la lumière; en un mot, une excitation sensorielle modérée peut modifier le rythme de la respiration et déterminer la contraction des vaisseaux de l'avant-bras, augmentant ainsi la pression sanguine, et par suite *accroître l'afflux du sang dans le cerveau* et élever la fréquence des battements du cœur. »

Mosso pense que « les rêves peuvent produire des changements dans la circulation, bien que la série de ses recherches démontre qu'il y a dans le sommeil profond une période pendant laquelle le pouls est parfaitement

uniforme, et qu'on peut supposer qu'à cette uniformité correspond un repos des *centres psychiques* assez complet pour faire cesser entièrement tout état de perceptivité même inconsciente. »

Mosso a encore constaté dans le cerveau trois mouvements distincts : d'abord les « *pulsations* » correspondant aux contractions cardiaques; puis les « *oscillations* » coïncidant avec les mouvements respiratoires; enfin les « *ondulations* » résultant d'après lui de contractions rythmiques des vaisseaux de la pie-mère et du cerveau.

On sait que les artérioles qui partent de l'hexagone de Willis sont richement pourvues de fibres musculaires; les mouvements péristaltiques doivent par conséquent y être plus marqués que dans d'autres réseaux vasculaires.

IV. — Nous citerons pour terminer un mode d'investigation proposé par Hammond. Celui-ci, s'appuyant sur la propriété que possède la rétine de refléter la vascularisation cérébrale, a imaginé d'examiner cette partie de l'œil au moyen de l'ophtalmoscope.

Il a trouvé qu'elle était anémiée pendant le sommeil et en a conclu à l'anémie concomittante du cerveau.

En résumé, pour tous les auteurs qui précèdent : pendant le sommeil, les vaisseaux de l'encéphale renferment moins de sang; et la masse cérébrale parait être revenue sur elle-même. Il semble donc que M. Ernest Labbée ait eu raison d'écrire les lignes suivantes : « On ne saurait soutenir la théorie ancienne de la congestion ou stase veineuse dans l'encéphale pendant le sommeil; il est bien démontré qu'il y a plutôt dans le sommeil naturel une *anémie relative* par ralentissement de la circulation, et abaissement de la pression vasculaire intra-cranienne; ces changements sont caractérisés par des mouvements d'expansion ou de resserrement du cerveau, qui correspondent ou alternent avec les modi-

fications de volume analogues constatées dans les membres et divers organes. »

Pour dissiper la confusion qui règne encore en ce moment sur la question de la répartition du sang dans l'encéphale pendant le sommeil, il est de toute nécessité de se servir désormais d'un moyen *direct*, par lequel il soit possible de vérifier matériellement la quantité de sang contenue dans l'encéphale : c'est ce que nous avons essayé de faire par le procédé que nous allons décrire.

### § 1. — Manuel opératoire

Le procédé par lequel nous avons déterminé la quantité relative du sang contenue dans l'encéphale est des plus simples. Il consiste à placer la chaîne d'un fort écraseur autour du cou d'un lapin, et à fermer brusquement l'appareil de manière à empêcher instantanément toute communication entre la tête et le tronc. Dès lors, il suffit de détacher avec soin celle-ci, et de rechercher de la manière accoutumée combien elle renferme de sang.

Nous avons répété un certain nombre de fois cette expérience sur des animaux à l'état de veille, puis nous l'avons reproduite sur des animaux endormis par le chloral : de la différence trouvée entre les résultats obtenus nous avons déduit nos conclusions.

Deux objections semblent, à première vue, pouvoir être faites contre cette méthode : la première, c'est que nous n'extrayons pas seulement le sang contenu dans l'encéphale, mais bien le sang de toute la tête, et qu'en conséquence nos résultats pourraient être erronés ; la seconde, c'est que le sommeil de nos animaux est provoqué artificiellement à l'aide d'un anesthésique, le chloral, et que celui-ci peut exercer une certaine influence sur la circulation du sang dans le cerveau.

Examinons immédiatement si ces reproches sont

fondés, et pour quels motifs nous n'avons pas craint de les encourir.

I. — Nous aurions préféré évaluer exclusivement le sang répandu dans l'encéphale : les résultats eussent été sans contredit plus rigoureux, et leurs conséquences plus immédiatement appréciables. Mais pour cela il eût fallu pouvoir procéder ici comme sur les poumons, c'est-à-dire jeter une ligature directement sur les artères afférentes. Or ce résultat ne peut être obtenu que par *l'ouverture de la boîte cranienne* et par des manipulations qu'il ne nous paraît pas même possible d'essayer sur les mammifères. Si l'on tient compte, en outre, des nombreuses anastomoses du système encéphalique avec les vaisseaux de la face, on admettra sans peine qu'il eût été absolument impossible d'appliquer ici la méthode qui nous a guidé dans l'étude des poumons. Nous avons donc été matériellement obligé de recourir, faute de mieux, au moyen que nous avons employé.

D'ailleurs pourquoi séparer l'une de l'autre, au prix de difficultés peut-être insurmontables, ces deux circulations qui se tiennent et ne forment pour ainsi dire qu'un seul réseau vasculaire ?

Si nous envisageons la circulation générale de la tête, nous constatons que la circulation veineuse intra-cranienne et la circulation veineuse extra-cranienne présentent un grand nombre de communications, grâce aux *veines émissaires de Santorini* qui prennent naissance dans les parties extérieures du crâne, et vont se déverser dans les sinus de la dure-mère, lesquels reçoivent en même temps toutes les veines encéphaliques. On sait que la *veine ophtalmique* assez volumineuse, qui s'anastomose avec les veines de la face, pénètre dans la fente sphénoïdale et va se jeter dans le sinus caverneux ; que la *veine mastoïdienne* traverse le trou mastoïdien pour se jeter ensuite dans le sinus latéral ; enfin que le sinus

longitudinal prend son origine, au moyen de quelques petites veines, dans la cloison des fosses nasales, etc.

On peut donc dire que la circulation intra-cranienne et la circulation extra-cranienne présentent de nombreuses anastomoses, et se trouvent dans une connexité si intime que l'une des deux se ressent généralement des fluctuations subies par l'autre. C'est d'ailleurs un fait d'observation journalière, que dans la syncope il y a pâleur de la face en même temps qu'anémie du cerveau ; tandis que dans la congestion cérébrale on constate aussi la turgescence des vaisseaux de la face.

Et alors même que ces deux circulations seraient réellement distinctes l'une de l'autre, qu'elles posséderaient chacune son mécanisme propre et indépendant, nous croyons que le principe de notre opération ne pourrait pas encore être accusé d'inexactitude absolue.

En effet, si nous considérons dans la tête deux portions séparées : l'encéphale d'une part, le crâne et la face d'autre part, il est évident que l'élément le plus important, le plus véritablement actif au point de vue fonctionnel, c'est sans contredit l'élément nerveux central; c'est lui qui sera exposé pendant le sommeil à une modification plus profonde, car c'est de lui qu'émanent tous les actes volontaires et conscients.

Si donc nous constatons une différence dans la répartition du sang de la tête entre l'état de veille ou d'activité et l'état de sommeil ou de repos, il ne sera pas difficile de décider à laquelle des deux portions de cet organe il faudra presque nécessairement en attribuer la cause. Il est évident que, s'il existe un écart dans la distribution du sang au crâne et à la face pendant le sommeil et pendant la veille, cet écart ne sera jamais aussi important ni aussi marqué qu'il le serait dans l'appareil encéphalique.

Toute différence constatée dans la masse de sang

répandue dans l'ensemble de la tête, correspondra donc à une différence marquée dans la répartition du sang de l'encéphale. Nos chiffres ne sont, en définitive, que des *minima*, et leur valeur relative n'est nullement erronée.

II. — Quant à la seconde objection, celle qui vise l'administration du chloral pour provoquer le sommeil chez les animaux en expérience, il est utile de se rappeler que les effets de cette substance ne sont pas complètement identiques à ceux des anesthésiques en général, et du chloroforme en particulier. Ces derniers produisent à la vérité une période d'excitation, ordinairement très appréciable; mais tous les auteurs (Gübler, Rabutteau, Labbée), sont d'accord pour admettre qu'il en est tout autrement du chloral.

Voici ce que Labbée nous apprend à cet égard : « Une injection sous-cutanée de 1.50 grammes d'hydrate de chloral, *chez le lapin*, amène en peu de temps de la faiblesse musculaire, de l'incoordination des mouvements, la résolution complète. L'animal s'endort, sa sensibilité est amoindrie, sa respiration plus lente, sa température abaissée. Après un temps assez court (une heure ou deux), ces symptômes ont disparu; la guérison a lieu.

...« La chloralisation *chez l'homme* n'est pas très différente. Une dose faible donnée par la bouche ou par le rectum détermine ce qui suit, au bout d'un quart d'heure ou plus : bâillements, clignotements des paupières; le besoin de sommeil se fait sentir; les sens s'émoussent quelque peu; tout à coup le patient est endormi. Son pouls, sa respiration sont ralentis; ses pupilles sont rétrécies; ses globes oculaires convulsés en dedans; ses muscles sont relâchés; *tous phénomènes identiques à ceux que l'on note dans le sommeil physiologique*. Le sommeil chloralique n'est pas très profond d'abord; aussi, un bruit peu intense peut le troubler, mais c'est pour quelques instants seulement, il reprend

aussitôt son cours. Nous verrons plus loin que cet hypnotisme *ne diffère pas du sommeil physiologique.* »

Le sommeil chloralique est pour ainsi dire identique au sommeil ordinaire; Mauriac a remarqué « qu'il est rarement accompagné de rêves ou d'hallucinations ». Beaunis dit également : « L'action du chloral se distingue de celle du chloroforme par l'absence du stade d'excitation. »

Pour Claude-Bernard, il n'y aurait pas une véritable anesthésie ; le chloral serait plutôt un hypnotique.

Enfin, d'après Liebreich et Bouchut, il est ordinairement précédé d'une somnolence préparatoire; en outre, selon ces auteurs, « après la narcose chloralique on ne constate aucune incommodité analogue à celles qui résultent de l'ingestion des préparations d'opium : accablement, sécheresse de la bouche, dyspepsie, etc. »

Les effets que nous venons d'énumérer ont été surtout vus chez des malades. Ernest Labbée ajoute que l'hydrate de chloral fait dormir de la même façon l'homme bien portant : « C'est donc, dit-il, un narcotique vrai, capable de faire dormir l'homme en santé comme l'homme malade. »

Tout ce qui précède nous autorise à admettre que le sommeil chloralique est en tout points semblable au sommeil naturel ; et, sans rechercher ni la cause première, ni le mécanisme intime de ces deux formes d'un même état physiologique, il nous semble permis d'en conclure que, les symptômes étant tout à fait identiques dans les deux cas, les caractères anatomo-physiologiques de l'encéphale doivent aussi être sinon égaux du moins équivalents. Il n'y a donc aucun inconvénient à endormir les animaux par le choral à dose faible; et la seconde objection qui semblait pouvoir être adressée à notre méthode disparaît à son tour.

Cela posé, il ne nous reste plus qu'à développer nos

expériences, à comparer nos résultats à ceux obtenus antérieurement, et à prendre enfin nos conclusions.

### § 2. — Compte rendu des expériences

Nous grouperons toutes nos expériences en deux séries : dans la première nous rangerons les expériences faites sur les animaux à l'état de veille ; dans la seconde, celles pratiquées sur les animaux endormis.

*Première série.* — ANIMAUX A L'ÉTAT DE VEILLE. — *Exp. n° I.* — Lapin pesant 1730 grammes. On extrait de la carotide 1 centimètre cube de sang pour la préparation de la solution titrée. Puis la plaie est recousue et l'animal est enlevé du chevelet de Czermak, et abandonné librement à lui-même pendant quelques minutes, de manière à lui laisser reprendre une position tout à fait normale. On place la chaîne de l'écraseur autour du cou de l'animal, le plus près possible de la tête, et brusquement on ferme l'appareil de telle sorte que toute circulation soit interrompue à ce moment entre la tête et le tronc ; on continue à serrer et l'animal meurt aussitôt. On laisse alors l'écraseur en place, et l'on coupe la peau et les muscles en dehors de ce dernier, mais tout à fait contre lui ; de cette façon la tête est encore maintenue par la chaînette, et pas une goutte de sang ne peut s'en échapper. L'organe ainsi isolé est immédiatement pesé et son poids est noté à la suite du poids total de l'animal. Puis la tête est divisée en morceaux, et ceux-ci, étant placés dans un moulin à broyer, sont bientôt réduits en une bouillie rougeâtre, très molle, de laquelle il sera facile d'extraire tout le sang, d'après le procédé ordinaire décrit dans la première partie de ce travail.

Voici les résultats de l'expérience :

L'animal pesait 1730 grammes et renfermait 84,2 c. c. de sang. La tête pesait 162 grammes et renfermait 11 c. c. de sang. Tous calculs faits, la tête pesait la $^1/_{10}$ partie du poids total, et renfermait la $^1/_{7.6}$ partie du sang total. Sa capacité sanguine était donc de 1.31.

Les quatre expériences suivantes ayant été pratiquées dans des conditions absolument identiques, nous n'en répéterons pas la description. Voici leurs résultats respectifs :

*Exp. n° II.* — L'animal pesait 2585 grammes et renfermait 126 c. c. de sang. La tête pesait la $^1/_{11}$ partie du poids réel de l'animal et elle renfermait la $^1/_{9.3}$ partie du sang total. Sa capacité sanguine était de 1.18.

EXPÉRIENCES SUR L'ENCÉPHALE. — TABLEAU N° I

| SÉRIE | NUMÉROS DES EXPÉRIENCES | ÉTAT DE L'ANIMAL EN EXPÉRIENCE | Poids de l'animal | Quantité de sang dans la totalité du corps | Quantité de sang trouvée dans la tête | Rapport de cette quantité à la masse totale | Poids de l'animal exsangue et abstraction faite des résidus digestifs | Poids de la tête dépourvue de sang | Rapport de cette quantité au poids de l'animal exsangue | Capacité sanguine |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | gr. | c. c. | c. c. | | gr. | gr. | | |
| I | I | Veille | 1730 | 84,20 | 11 | $^1/_{7,65}$ | 1514 | 150 | $^1/_{10,00}$ | 1,31 |
| | II | Veille | 2585 | 126,00 | 13 | $^1/_{9,50}$ | 2275 | 204 | $^1/_{11,00}$ | 1,48 |
| | III | Veille | 1755 | 85,70 | 11 | $^1/_{7,70}$ | 1543 | 150 | $^1/_{10,30}$ | 1,33 |
| | IV | Veille | 1235 | 57,20 | 8 | $^1/_{7,10}$ | 1086 | 126 | $^1/_{8,60}$ | 1,21 |
| | V | Veille | 1942 | 94,70 | 12 | $^1/_{7,80}$ | 1704 | 182 | $^1/_{9,30}$ | 1,20 |

*Exp. nº III.* — L'animal pesait 1755 grammes et renfermait 85.6 c. c. de sang. La tête pesait 163 grammes et renfermait 11 c. c. de sang. La tête pesait la $^{1}/_{10.8}$ partie du poids réel de l'animal et elle renfermait la $^{1}/_{7.7}$ partie du sang total. Sa capacité sanguine était de 1.33.

*Exp. nº IV.* — L'animal pesait 1235 grammes et renfermait 57.2 c. c. de sang. La tête pesait 135 grammes et renfermait 8 c. c. de sang. La tête pesait la $^{1}/_{8.6}$ partie du poids réel et elle renfermait la $^{1}/_{7.1}$ partie du sang total. Sa capacité sanguine était de 1.21.

*Exp. nº V.* — L'animal pesait 1942 grammes et renfermait 94,7 c. c. de sang. La tête pesait 125 grammes et renfermait 12 c. c. de sang. La tête pesait la $^{1}/_{9.8}$ partie du poids réel et elle renfermait le $^{1}/_{7.8}$ partie du sang total. Sa capacité sanguine était de 1.20.

Comme on le voit, les chiffres de ces différentes expériences sont dans un rapport constant et l'uniformité des résultats est remarquable. Nous constatons en effet que la tête exsangue équivaut en moyenne à la $^{1}/_{10}$ partie environ du poids total de l'animal dans les mêmes conditions ; tandis que le sang qu'elle renferme constitue la $^{1}/_{8}$ partie environ de la masse totale du sang. La moyenne de la capacité sanguine est de 1.25.

Voici d'ailleurs le tableau I comparatif résumant toutes ces expériences.

*Deuxième série.* — ANIMAUX EN SOMMEIL. — *Exp. nº VI.* — Lapin pesant 1780 gr.

Après avoir enlevé un centimètre cube de sang à la carotide, nous introduisons la canule à pas de vis d'une petite seringue à injection dans la veine jugulaire, et nous poussons dans celle-ci, *très lentement*, deux grammes d'hydrate de chloral. L'opération est conduite de telle manière que l'injection dure environ dix minutes. Grâce à cette précaution, nous obtenons, sans la moindre apparence d'accident, un sommeil très calme, très progressif, et l'animal semble s'endormir naturellement. Dès que l'opération est achevée et avant la production de sommeil, l'animal est dégagé de ses liens et abandonné à ses propres mouvements sur le sol. Au bout d'un quart d'heure, il y a résolution musculaire et le sommeil est complet. Nous passons alors avec précaution la chaîne de l'écraseur autour du cou de l'animal et nous terminons l'expérience comme précédemment :

L'animal pesait 1780 gr. et renfermait 86.8 c. c. de sang.
La tête " 163 " " 8 " "

La tête " la $^{1}/_{10}$ partie du poids réel, et elle renfermait la $^{1}/_{10.8}$ partie du sang total. Sa capacité sanguine était de 0.92.

Les expériences suivantes ont été conduites d'une façon tout à fait identique ; il n'y a guère que dans l'expérience n° XI que nous ayons fait l'injection non pas intra-veineuse mais sous-cutanée. Nous avons cette fois dû employer 5 grammes de chloral, et le sommeil n'est survenu que trois quarts d'heure après l'opération. Du reste, rien de particulier à noter dans cette expérience.

Voici les résultats obtenus :

*Exp. n° VII.* — L'animal pesait 1430 gr. et renfermait 70 c. c. de sang. La tête pesait 168 gr. et renfermait 8. c. c. de sang. La tête pesait la $^1/_8$ partie du poids réel et elle renfermait la $^1/_{8.7}$ partie du sang total. Sa capacité sanguine était de 0.90.

*Exp. n° VIII.* — L'animal pesait 1532 gr. et renfermait 74.3 c. c. de sang. La tête pesait 142 gr. et renfermait 6 c. c. de sang. La tête pesait la $^1/_{9.80}$ partie du poids réel et elle renfermait la $^1/_{12}$ partie du sang total. Sa capacité sanguine était de 0.80

*Exp. n° IX.* — L'animal pesait 1912 gr. et renfermait 93. c. c. de sang. La tête pesait 177 gr. et renfermait 8 c. c. de sang. La tête pesait la $^1/_{10}$ partie du poids réel et elle renfermait la $^1/_{11.7}$ partie du sang total. Sa capacité sanguine était de 0.85.

*Exp. n° X.* — L'animal pesait 1785 gr. et renfermait 87.3 c. c. de sang. La tête pesait 165 gr. et renfermait 7.5 c. c. de sang. La tête pesait la $^1/_{10}$ partie du poids réel et elle renfermait la $^1/_{11.6}$ partie du sang total. Sa capacité sanguine était de 0.86.

*Exp. n° XI.* — L'animal pesait 2,080 gr. et renfermait 98 c. c. de sang. La tête pesait 195 gr. et renfermait 8 c. c. de sang. La tête pesait la $^1/_{9.7}$ partie du poids réel et elle renfermait la $^1/_{12}$ partie du sang total. Sa capacité sanguine était de 0.80.

Par les chiffres qui précèdent on peut s'assurer que, comme dans la première série, les résultats sont très concordants et ne s'éloignent presque pas les uns des autres.

En effet, si nous recherchons la quantité moyenne de sang contenue dans la tête des animaux en sommeil, nous la trouvons égale à $^1/_{11}$ environ de la masse totale de sang, et nous constatons que les résultats partiels se rapprochent beaucoup de ce dernier chiffre. Quant à la capacité sanguine, elle est représentée ici, en moyenne, par 0.85.

(*Voir le tableau d'autre part.*)

EXPÉRIENCES SUR L'ENCÉPHALE. — TABLEAU N° II

| SÉRIE | NUMÉROS DES EXPÉRIENCES | ÉTAT DE L'ANIMAL EN EXPÉRIENCE | Poids de l'animal | Quantité de sang dans la totalité du corps | Quantité de sang trouvée dans la tête | Rapport de cette quantité à la masse totale | Poids de l'animal exsangue et abstraction faite des résidus digestifs | Poids de la tête dépourvue de sang | Rapport de cette quantité au poids de l'animal exsangue | Capacité sanguine |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | gr. | c. c. | c. c. | | gr. | gr. | | |
| II | VI | Sommeil | 1780 | 86,8 | 8 | 1/10,80 | 1562 | 154 | 1/10,00 | 0,92 |
| | VII | Sommeil | 1430 | 70 | 8 | 1/8,70 | 1258 | 159 | 1/8,00 | 0,90 |
| | VIII | Sommeil | 1532 | 74,3 | 6 | 1/12,00 | 1336 | 135 | 1/9,89 | 0,80 |
| | IX | Sommeil | 1912 | 93,6 | 8 | 1/11,70 | 1685 | 168 | 1/10,00 | 0,85 |
| | X | Sommeil | 1785 | 87,3 | 7,5 | 1/11,60 | 1571 | 157 | 1/10,00 | 0,86 |
| | XI | Sommeil | 2080 | 98 | 8 | 1/12,00 | 1800 | 186 | 1/9,70 | 0,80 |

Réunissons maintenant dans un tableau général toutes les données fournies par ces deux ordres d'expériences, et mettons en regard les uns des autres les résultats obtenus, afin de mieux pouvoir les comparer :

| Série | Numéros des expériences | ÉTAT DE L'ANIMAL | Rapport exact du poids de la tête exsangue au poids de l'animal | Rapport moyen | Rapport exact de la quantité de sang contenue dans la tête à la masse totale | Rapport moyen | Capacité sanguine exacte | Valeur moyenne |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | I | Veille | 1/10 00 | 1/10 | 1/7 60 | 1/8 | 1 31 | 1/25 |
| | II | | 1/11 00 | | 1/9 50 | | 1 18 | |
| | III | | 1/10 30 | | 1/7 70 | | 1 33 | |
| | IV | | 1/8 60 | | 1/7 10 | | 1 21 | |
| | V | | 1/9 30 | | 1/7 80 | | 1 20 | |
| II | VI | Sommeil | 1/10 00 | 1/10 | 1/10 80 | 1/11,5 | 0 92 | 0/85 |
| | VII | | 1/8 00 | | 1/8 70 | | 0 90 | |
| | VIII | | 1/9 80 | | 1/12 00 | | 0 80 | |
| | IX | | 1/10 00 | | 1/11 70 | | 0 85 | |
| | X | | 1/10 00 | | 1/11 60 | | 0 86 | |
| | XI | | 1/9 70 | | 1/12 00 | | 0 80 | |

L'examen comparatif des résultats de ces deux séries d'expériences nous paraît être d'un grand intérêt. En effet, alors que le rapport du poids de la tête exsangue au poids total de l'animal dans les mêmes conditions, est constamment le même dans toutes nos observations, nous constatons une différence très sensible, et *toujours identique,* dans les quantités de sang qui s'y trouvent répandues aux différents moments que nous avons

choisis. Nous voyons qu'à l'état de veille la tête renferme généralement la 1/8 partie environ de la masse totale du sang, tandis qu'à l'état de sommeil elle n'en renferme que la 1/12 partie environ; ce qui constitue un écart très appréciable. Nous retrouvons d'ailleurs la même différence dans la capacité sanguine, qui de 1.25 dans la veille tombe à 0.85 dans le sommeil.

Ces chiffres ont une réelle valeur, croyons-nous, non seulement pour la distinction qu'ils établissent au point de vue de la répartition du sang dans la tête, entre la veille et le sommeil, mais encore parce qu'ils démontrent une fois de plus avec quelle constante précision le même phénomène physiologique se présente chez des sujets différents, pourvu que ceux-ci soient placés dans des conditions analogues.

### *Conclusions*

Les expériences que nous venons de décrire prouvent de toute évidence qu'il y a plus de sang dans la tête à l'état de veille que pendant le sommeil chloralique.

Nous avons montré la grande analogie existant entre ce sommeil et le sommeil naturel; nous avons également fait voir que, s'il y avait des quantités différentes de sang dans la tête à des moments différents, c'était à l'encéphale surtout qu'il fallait en attribuer la cause. En conséquence, nous nous croyons autorisé à admettre que, d'une façon générale, celui-ci *renferme plus de sang pendant la veille que pendant le sommeil;* et, reprenant cette phrase de Labbée, qui croit que pendant le sommeil naturel le cerveau serait congestionné :

..... « Il est donc préférable d'admettre que, dans le « sommeil normal, le cerveau étant congestionné plutôt « qu'ischémié, il en est de même dans l'hypnotisme.

« chloralique, puisque celui-ci et le sommeil ont entre « eux les plus grandes analogies. »

Nous pouvons la retourner, et dire à notre tour :

On peut admettre avec raison que, dans le sommeil chloralique le cerveau étant anémié plutôt que congestionné, il en est de même dans le sommeil normal, « PUISQUE CELUI-CI ET L'HYPNOTISME CHLORALIQUE ONT « ENTRE EUX LES PLUS GRANDES ANALOGIES. »

Si cela est vrai, et nous en sommes intimement convaincu, il est permis d'ajouter que l'encéphale renferme plus de sang lorsqu'il fonctionne que lorsqu'il est au repos ; et ainsi se vérifie expérimentalement ce principe de Claude Bernard, que *tout organe au repos est anémié* principe qu'il complète du reste en ajoutant ces mots : « *L'anesthésie étant le repos pour les éléments nerveux,* « *il faut que la circulation y soit alors moins active.* »

Est-ce à dire pourtant que pendant le sommeil toutes les parties de l'encéphale soient également anémiées ? Point du tout. Nos expériences nous démontrent que la quantité TOTALE du sang qui baigne cet organe, pris dans son ensemble, est moindre ; mais rien ne nous prouve que la répartition soit égale et uniforme dans toute la masse encéphalique.

Bien au contraire, nous croyons quant à nous que si, pendant le sommeil, l'encéphale dans son entier peut être considéré comme étant au repos et anémié, il s'y trouve des parties, variables d'ailleurs, qui ne cessent d'agir et de fonctionner, et sont par cette raison même dans une congestion relative : cela confirmerait cette explication donnée par Brown-Séquard aux *ondulations* du cerveau observées par Mosso : « Que ces mouvements « seraient la résultante des variations des circulations « *localisées dans certains territoires.* »

Cette hypothèse expliquerait aussi cet autre fait constaté directement par MM. Braynard et Brown-Séquard

que « pendant le sommeil naturel, alors que l'on cons-
« tate la pâleur et la diminution de calibre des
« vaisseaux, du moins à la surface des hémisphères,
« *d'autres parties, telles que la base de l'encéphale et la*
« *moelle, sont congestionnées.* »

Pour résumer ce qui précède, nous dirons donc :

1° Pendant le sommeil produit par le chloral, l'encéphale pris en masse est anémié ;

2° Le sommeil chloralique se rapprochant en tous points du sommeil naturel (Labbée, Gubler, Rabuteau, Claude Bernard, Liebreich et Bouchut, etc.), il est probable que pendant celui-ci l'encéphale est également anémié ;

3° Pendant le sommeil naturel ou autre, certaines parties de l'encéphale sont en activité, tandis que d'autres sont au repos ;

4° Les parties actives sont probablement congestionnées ; les parties au repos sont anémiées (physiologiquement, bien entendu).

Les différences d'opinion ont résulté sans doute de la situation de la partie observée.

---

## PHÉNOMÈNES PRODUITS

### PAR

## L'ACTION DES MÉDICAMENTS A DISTANCE

### DE L'EXORBITIS EXPÉRIMENTAL

**Par le Dr J. LUYS (1)**

Les personnes qui suivent avec intérêt les diverses questions qui touchent aux phénomènes mystérieux de

(1) Extrait de la *Revue de l'hypnotisme*, novembre 1886.

l'hypnotisme, ne sont pas sans connaître les très intéressantes expériences de MM. Bourru et Burot (1).

Il résulte en effet de leurs recherches, que chez des sujets en état d'hypnotisme, certaines substances de diverses natures ont déterminé des réactions variées en rapport avec la diversité des substances présentées.

Ces curieuses expériences, conduites avec une grande sagacité scientifique et exposées avec une grande réserve, ont soulevé, comme on le pense bien, un grand mouvement d'étonnement et d'incrédulité dans le monde scientifique.

Comme cela devait être, elles ont provoqué des recherches contradictoires, et un certain nombre de médecins se sont mis à suivre la piste nouvelle qui leur était offerte pour vérifier ce qu'elles renfermaient de bien fondé dans leur essence. Je suis de ce nombre et je puis dire qu'après avoir répété les expériences de MM. Burot et Bourru, et m'être mis dans les mêmes conditions qu'eux, je suis arrivé à des résultats identiques et à répéter les mêmes phénomènes qu'ils avaient indiqués.

J'ai donc essayé un grand nombre de substances appartenant tant au règne végétal qu'au règne animal; j'ai expérimenté les mêmes substances chez des sujets différents; j'ai obtenu les mêmes réactions dans des conditions identiques d'expérimentations; et je suis arrivé à formuler cette loi *que l'état hypnotique a la propriété non seulement de produire une hyperexcitabilité neuro-musculaire, mais encore une hyperexcitabilité des régions émotives et intellectuelles de l'encéphale,* si bien qu'en agissant avec certaines substances on peut, par l'intermédiaire des nerfs périphériques, déterminer dans

(1) Bourru et Burot, Congrès tenu à Grenoble en 1885. — *Action à distance des substances toxiques et médicamenteuses.* Premières expériences. Communication à la Société de psychologie physiologique.

le sensorium émotif des réactions variées de peur, d'effroi, de plaisir, d'exaltation ou de dépression, suivant qu'on emploie telle ou telle substance.

Ces phénomènes étranges et tout à fait imprévus, dont nous ne connaissons pas à l'heure actuelle le premier mot, déconcertent, comme on le pense bien, tout ce que nous croyons savoir de positif jusqu'ici sur l'action des médicaments sur l'organisme. Comment expli-



*Fig. 1.* — Sujet à l'état normal.

quer en effet ce fait réel en vertu duquel dix grammes de cognac enfermés dans un tube scellé à la lampe ont

la possibilité de déterminer chez un sujet hypnotisé des symptômes de l'ivresse, et cela, dans l'espace de dix minutes? — Comment expliquer cet autre fait non moins extraordinaire, par lequel dix grammes d'eau simple (protoxyde d'hydrogène), enfermés dans un tube scellé, ont déterminé, ou bout de quelques minutes, chez plusieurs sujets, le trismus, la constriction de la gorge,



*Fig.* 2. — Le même sujet présentant le phénomène de l'exorbitis expérimental.

la sputation, la raideur du cou, et l'ensemble des symptômes de l'hydrophobie.

La grande objection qui plane encore sur l'acceptation de ces phénomènes comme phénomènes d'ordre scientifique, c'est la mise en suspicion des sujets.

On vous trompe ! nous répète-t-on sans cesse, et si, vous, vous ne voulez pas nous tromper, votre sujet hystérique et hypnotisé vous trompe ; l'hystérique ne peut faire autrement, c'est son rôle, c'est son instinct mauvais qu'elle poursuit à vos dépens, et ces réactions automatiques ne sont que les effets d'une dissimulation morbide dont elle use à votre endroit !

Je n'ai pas la prétention de convertir les esprits fermés qui, de parti pris, refusent de voir les faits. Je m'adresse exclusivement aux gens désintéressés qui veulent voir, et être frappés par des expériences précises qui ne laissent pas prise à la supercherie. Voici donc un fait que je soumets à leur appréciation :

J'ai pris une collection photographique d'expressions émotives produites chez un sujet très fin et très impressionnable, une expression typique qui démontre d'une façon péremptoire l'action de certaines substances sur la circulation des artères du cou.

La figure 1 représente le sujet de l'expérience avec son attitude et sa physionomie normales.

La figure 2 représente le même sujet mis en état d'hypnotisme (période de léthargie), et au-devant du cou duquel on a présenté un tube de verre bien bouché contenant quatre grammes d'essence de thym. Il suffit de voir cette figure pour reconnaître les changements profonds qui se sont produits dans la physionomie. Les yeux sont saillants; ils sont projetés hors de l'orbite comme dans un véritable exorbitis; la face est rouge, violacée; le cou est volumineux et a acquis incontinent un volume insolite; la région thyroïdienne, qui mesurait à l'état normal 31 centimètres, a immédiatement pris une ampliation de 36 centimètres, comme je m'en suis

assuré à l'aide d'un fil tendu circulairement autour du cou, et, au milieu de tous ces bouleversements de la circulation, le sujet ne dit mot. Il réagit d'une façon automatique, silencieuse, comme s'il s'agissait de simples actions réflexes sans la moindre participation de la conscience. L'idée consciente est complètement étrangère à ce qui se passe et le sujet n'en a aucun souvenir au réveil. Et c'est ainsi que rien que par la présentation de ce tube contenant de l'essence de thym, sans rien dire, sans faire aucun avertissement au sujet qui, comme moi, ignorait, la première fois que je fis cette expérience, ce qui allait se passer, un trouble profond se produit dans l'innervation circulatoire du cou, de la face et des muscles inspirateurs. Et ce trouble suit une marche rapide et progressive en se compliquant d'un bruit de cornage à caractère sinistre qui nous a interrompus subitement, dans la crainte de voir des accidents de suffocation foudroyante se produire devant nos yeux.

Quant on voit un ensemble de symptômes aussi caractéristiques, aussi inimitables, aussi imprévus que ceux-ci, je me demande si on peut récuser en doute la sincérité de ces phénomènes objectifs, et si, de bonne foi, on peut accuser le sujet en question de jouer la comédie à nos dépens?

Quant à moi, j'ai renoncé depuis longtemps à me croire entouré de tromperies et de mensonges de la part des hystériques. On calomnie beaucoup trop ces pauvres têtes et on leur impute des aptitudes à tromper qu'elles n'ont pas la plupart du temps. En présence des manifestations tangibles si nettes, si précises dont j'ai été si fréquemment témoin, en présence de ces cas si surprenants de retentissement des actions à distance sur l'innervation viscérale chez des sujets sur lesquels je déterminais la nausée, puis des vomissements, en leur présentant un tube contenant de la poudre d'ipéca, et

des envies d'aller à la garde-robe que j'ai vues survenir en leur plaçant sur le cou un tube contenant vingt grammes d'huile de ricin, je n'hésite pas à reconnaître que nous assistons là à une série de phénomènes étranges qui se développent en dehors des lois naturelles de leur évolution normale et qui déroutent tout ce que nous croyons savoir sur l'action du corps. Mais ils existent, ils s'imposent à l'observation et tôt ou tard ils serviront de point de départ pour l'explication attendue d'un grand nombre de phénomènes étranges de la vie nerveuse. Pour le cas actuel, je considère comme d'une impossibilité absolue la simulation de cette symptomatologie de l'exorbitis expérimental si caractéristique, accompagné de cette turgescence de la face, et ce gonflement de la région thyroïdienne qui augmente incontinent de six centimètres de pourtour.

C'est pour cela que j'ai tenu à présenter à mes lecteurs cette étrange reproduction photographique du sujet qui a servi à mes recherches sur l'action des médicaments à distance, recherches qui vont être très incessamment publiées, afin de leur prouver qu'elles ont un point d'appui certain et peuvent servir à la mise en valeur d'une nouvelle thérapeutique pour la curation de certaines formes de névropathies.

---

# ESSAI

SUR

# LA RÉFORME DE L'INTERDICTION DES ALIÉNÉS

Par M. L.-A. MARTIN

Magistrat

Lorsque, au commencement de ce siècle, le législateur a fixé les règles de l'interdiction, l'affection redoutable qui trouble les facultés intellectuelles de l'homme, était encore très imparfaitement connue. Le fléau, réglant sa marche sur celle de notre civilisation, prenait rapidement de tels développements que l'on reconnut vite la nécessité de multiplier les asiles d'aliénés et de recourir à une réglementation nouvelle. C'est alors que fut promulguée la bienfaisante loi du 30 juin 1838. C'était un premier pas dans la voie des réformes.

Mais, depuis cette époque déjà lointaine, d'éminents esprits, des hommes dévoués à la science et à l'humanité, n'ont cessé de parcourir et d'élargir la carrière déjà frayée par les Pinel, les Esquirol. Leurs travaux ont pénétré les mystères de cette affection multiforme, qui déjouait l'observation du savant, du philosophe, du penseur. Ils ont compris que, pour parvenir à la connaissance certaine, exacte de l'aliénation, il fallait concentrer sur l'étude de ses phénomènes divers, toutes les forces de leur intelligence et ils n'ont pas hésité à y consacrer leur existence entière. De ce concert d'efforts dirigés vers le même but, se dégage un grand et précieux enseignement. La médecine aliéniste a fait, depuis trente années surtout, d'immenses progrès; et ce ne sera pas une des moindres gloires du siècle d'avoir trouvé le secret d'apaiser ou d'effacer l'une des plus grandes infortunes de notre débile humanité.

Le traitement des maladies mentales est aujourd'hui absolument différent de ce qu'il était à l'époque de la promulgation de la loi sur l'interdiction. L'état des malades, les conditions de leur isolement, de leur séquestration ne sont plus les mêmes; et l'on s'étonne que les pouvoirs publics n'aient pas encore songé à mettre notre législation en harmonie avec la situation nouvelle créée par les découvertes et les progrès de la science aliéniste.

Le caractère, la nature des réformes qu'il conviendrait d'apporter à l'administration des biens de l'aliéné; leurs conséquences au point de vue de sa capacité civile et de l'interdiction,

Tel est l'objet de la présente étude.

En matière d'aliénation mentale, la loi romaine, plus clémente, plus logique que la nôtre, n'admettait pas l'interdiction.

Le prodigue seul était frappé de cette mesure rigoureuse à laquelle s'attache toujours l'idée de fautes, d'erreurs dont elle ne serait que la juste conséquence et le châtiment mérité.

La folie constatée, le préteur nommait à l'aliéné un curateur choisi parmi les plus proches parents; et la loi voyait, dans cette curatelle, une garantie suffisant à sauvegarder la personne et la fortune de l'aliéné, aussi bien que l'intérêt des tiers et de la société.

Par le fait seul de l'existence de la maladie, l'aliéné devenait inhabile à contracter; les actes faits par lui étaient nuls d'après le droit commun. Sa capacité civile était seulement suspendue pendant la durée du mal.

La loi romaine pensait que les drames de la folie doivent, autant que possible, ne s'agiter qu'au sein de la famille si cruellement atteinte dans l'un de ses membres. Elle n'avait pas jugé convenable de divulguer, de proclamer la déchéance intellectuelle d'un citoyen, de lui

infliger la publicité du prétoire et la rigueur d'une interdiction qui, aux douleurs intimes du foyer domestique, vient ajouter l'humiliation d'une mesure assimilant le malade au coupable. Car, on le sait, il y a aussi l'interdiction des condamnés. La seule différence est que l'une résulte d'une décision judiciaire; et l'autre, de la loi.

Rien n'était plus simple, on le voit, que la procédure romaine, en matière d'aliénation mentale. Rien de plus logique en même temps. Qu'est-il besoin, en effet, pour constater les conséquences d'un fait qui s'accuse et se divulgue de lui-même, tel qu'une maladie reconnue et dûment déclarée par la science, qu'est-il besoin de l'éclat d'une sentence publique dont le seul résultat, selon nous, est de marquer inutilement la famille d'un stigmate ineffaçable?

Tel était, nous le répétons, l'état rudimentaire de la science aliéniste, au commencement du siècle, que le législateur peu confiant, en rédigeant le titre de l'interdiction, n'a même pas fait mention du médecin ni déterminé le rôle prépondérant qui doit lui incomber en cette grave matière d'un caractère si essentiellement médical.

A cet élément puissant, décisif d'appréciation, il a substitué l'intervention souveraine du magistrat; il lui a confié la formalité si importante de l'interrogatoire; et l'on pense à quelles erreurs peuvent donner lieu les appréciations personnelles de ce magistrat qui, si versé qu'il soit dans l'étude du droit et de la jurisprudence, n'en est pas moins absolument étranger à toutes notions spéciales et pathologiques.

De là, cette suite d'anomalies étranges que nous remarquons dans notre procédure et que nous allons essayer de faire ressortir. Elles nous conduiront à cette conviction, que la loi sur l'interdiction, dictée surtout par un sentiment exagéré de l'intérêt des tiers, de la

société et même de la liberté individuelle, loin d'être, à l'égard de l'aliéné, protectrice et tutélaire, ne lui est, en réalité, que nuisible et préjudiciable.

Recherchons tout d'abord quelle a pu être la pensée du législateur, en créant une instance judiciaire entre le demandeur en interdiction et l'individu à interdire.

Quelle est la raison d'être de cette instance dans laquelle, à vrai dire, il n'y a pas de procès, puisqu'il n'y a pas d'intérêts matériels en litige?

Et la liberté individuelle, nous objectera-t-on?

La liberté individuelle? Mais dès l'instant où la science, par l'organe de ses représentants les plus autorisés (1), déclare un citoyen atteint de la terrible affection qui, en lésant le cerveau, oblitère la faculté déterminante de l'âme, et enlève à l'homme son libre arbitre; à cet instant même, l'exercice de la liberté individuelle se trouve naturellement suspendu pour l'infortuné frappé de ce verdict qui ne ressort pas de la justice humaine. Il ne reste plus qu'à en régler les effets, sans franchir le cercle de la famille, en évitant un retentissement, un éclat qui ne peuvent qu'augmenter le trouble, la souffrance du malade; et personne n'ignore combien le calme et l'isolement aident à une guérison que les progrès de la science rendent de jour en jour plus fréquente et plus certaine.

On a dit : La défense personnelle même de l'individu à interdire peut apporter la preuve de l'intégrité de ses facultés. C'est une erreur profonde. Les hommes les plus compétents nous ont démontré quels sont, dans

(1) Nous examinons, dans la suite de cette étude, les conditions que devrait réunir la consultation spéciale sur laquelle, à notre sens, repose uniquement la théorie de la suspension de la capacité civile des aliénés. — Cette consultation émanerait d'une commission départementale permanente, à la fois administrative et médicale, composée en grande partie de médecins, autant que possible choisis parmi les aliénistes.

certains cas, la puissance de dissimulation de l'aliéné, son empire sur lui-même, en dehors de ses conceptions délirantes. Sortirait-il victorieux des débats judiciaires de son interdiction, que rien ne prouverait encore l'absence de la folie.

Il nous faut maintenant jeter un rapide coup d'œil sur les différentes phases de l'instance en interdiction, et signaler, dès le début, la dérogation apportée, pour les demandes en interdiction, aux prescriptions de l'article 48 du code de procédure qui dispose que : *Aucune demande principale ne sera reçue dans les tribunaux de première instance que le défendeur n'ait été préalablement appelé en conciliation devant le juge de paix.* Cette dérogation à un principe que l'on peut considérer comme étant d'ordre public, nous semble déjà condamner notre système de procédure et l'ébranler sur sa base.

La demande en interdiction est introduite *sans préliminaire de conciliation (art. 49, C. pr.)* au moyen d'une requête présentée au président du tribunal.

Pourquoi cette demande est-elle dispensée du préliminaire de la conciliation? Bien évidemment, parce qu'il ressort du simple bon sens qu'il n'y a de conciliation ni de transaction possible sur la question de savoir si le défendeur a, ou n'a pas sa raison; question que lui-même, moins que personne, est en situation d'apprécier.

Or, comment expliquer que le législateur, après l'avoir déclaré inapte à la conciliation et à la transaction, l'ait habilité à la défense et à la discussion? Inconséquence manifeste, provenant de ce que le législateur a négligé d'asseoir la procédure sur le seul fondement solide et rationnel, c'est-à-dire la consultation spéciale constatant l'état de maladie du sujet à interdire.

Ce point de départ établi, n'était-il pas naturel de déférer au conseil de famille le soin de désigner l'un de ses membres chargé de défendre à la demande; et l'ins-

tance se poursuivait alors à l'insu du malade ou présumé malade.

Au surplus, rien ne saurait démontrer plus énergiquement combien le rôle primordial et prépondérant du médecin s'impose, en la matière, que ce qui se passe dans la pratique journalière.

Le magistrat, sentant bien l'insuffisance de ses propres lumières, supplée au silence de la loi, en exigeant que la requête introductive de l'instance, qui contient l'articulation des faits constitutifs de la folie, soit accompagnée d'un certificat médical.

Or, en l'état de la législation, ce document, qui parfois est l'œuvre isolée du médecin de la famille, est loin d'offrir toutes les garanties désirables. Il n'a pas assez d'autorité pour forcer la conviction du magistrat que nous voyons trop souvent, au cours d'un interrogatoire plein d'écueils, ne pas hésiter à sacrifier les conclusions du certificat à ses impressions personnelles.

Cette divergence, si contraire à la notion exacte de l'état du malade, entraîne les plus fâcheuses conséquences, et il importe hautement d'y mettre fin en concentrant les lumières de la science sur ce point capital qui doit décider du sort de l'aliéné.

Pour prouver le danger de laisser le magistrat livré à son appréciation personnelle, sans un solide appui de la science, prenons, si vous le voulez, un exemple entre mille, dont nous garantissons la rigoureuse exactitude.

Il y a quelques années, M. X..., homme instruit, appartenant au meilleur monde, était en traitement dans un établissement public de l'un de nos départements du Midi. Depuis plusieurs mois, il demandait instamment sa sortie définitive. Il avait adressé au chef du parquet plusieurs lettres très bien écrites, très sensées, et ne laissant certainement entrevoir aucune trace de trouble intellectuel.

M. le procureur de la République, voulant se rendre personnellement compte de l'état du malade, se dirige un jour vers l'établissement. Il voit le sujet, dont les traits, la démarche, l'aspect général, dénotent un calme parfait. Un long entretien, soutenu par le sujet, sans un seul instant de défaillance, achève de donner au magistrat l'intime conviction d'une entière guérison. Il ordonne la sortie immédiate et fait route avec son protégé tout heureux d'être ainsi rendu à la liberté. On était arrivé à une certaine distance de l'asile, quand un mot prononcé au hasard de la conversation, réveille subitement le délire de l'aliéné qui se précipite sur son interlocuteur dans un terrible accès dont les conséquences eussent été fatales, sans l'arrivée de prompts secours.

Mais hélas! Peut-on se flatter d'intervenir toujours à temps? Peut-on calculer les périls que fait courir aux tiers et à lui-même, l'aliéné qu'une fausse appréciation laisse, ou rend, prématurément, à la liberté?

Chacun, dans l'économie de notre ordre social, doit avoir ses attributions distinctes, sa part de responsabilité. Chacun doit se renfermer dans le cercle de ses connaissances, de ses devoirs, et ne saurait le franchir sans risquer de tomber dans l'erreur et de compromettre à la fois la sécurité de ses semblables et la dignité du caractère dont il est revêtu.

Poursuivons notre examen. L'instance commence donc par la requête que le demandeur adresse au président du tribunal du domicile du défendeur.

Dans cette requête doivent être articulés les faits d'imbécillité, de démence ou de fureur. On y joint les pièces justificatives *(parmi lesquelles s'est introduit, comme on vient de le voir, l'usage du certificat médical) et l'indication des témoins (492, 493, C. civ., et 890, C. de procéd.).* Le magistrat est-il bien assuré de trouver dans une enquête de cette nature les éléments propres

à éclairer sa religion sur la situation réelle, sur l'état psychologique du défendeur?

L'homme sain d'esprit ne commet-il pas des actes insensés? Et l'aliéné ne peut-il pas faire des actes empreints de raison, suivant les hasards et les phases variables de son mal? Ne le voyons-nous pas, parfois, assez maître de lui pour dissimuler sa folie, pour tenir un langage ayant toute l'apparence d'un jugement sain? De même que son langage, ses actes ne peuvent-ils pas égarer et tromper l'observation de l'homme étranger à la science, surtout si le sujet se trouve dans un de ces moments d'accalmie qui se produisent si fréquemment dans l'aliénation mentale?

C'est ce que le législateur paraît bien avoir compris, en repoussant la théorie romaine des intervalles lucides. Voulant prévenir les difficultés qu'elle entraînait, les dangers auxquels elle exposait l'aliéné, il a déclaré que l'existence des intervalles lucides ne serait pas un obstacle à l'interdiction. *(C. civ. 489.)*

C'était, en l'état rudimentaire de la médecine aliéniste, une mesure sage et prudente; mais elle a cessé d'avoir sa raison d'être, à notre époque où la science est parvenue. à distinguer, dans ce qu'on appelle *intervalles lucides,* des états tout à fait différents, au point de vue de la perfection et de la durée du retour à la raison; ce qui ne permet plus de leur appliquer à tous indistinctement, la même mesure légale.

Et sur ce point encore, le retour pur et simple à la législation romaine nous semblerait pleinement justifié, ainsi qu'il sera démontré à la fin de cette étude.

Cette digression nous a un instant éloigné de notre loi sur l'interdiction à laquelle il nous faut maintenant revenir.

Après avoir reçu la requête qui est, nous le rappelons, le premier acte de la procédure, le président du tribunal

en ordonne la communication au procureur de la République, et commet un juge pour faire son rapport.

Sur le rapport du juge et les conclusions du procureur de la République, le tribunal ordonne que le conseil de famille, formé selon le mode déterminé par le code civil, *section IV, chap. II, au titre de la minorité, de la tutelle et de l'émancipation*, donnera son avis sur l'état de la personne dont l'interdiction est demandée. *(494, C. civ., 891, 892, C. procéd.)*

*La requête et l'avis du conseil de famille sont signifiés au défendeur avant qu'il soit procédé à son interrogatoire.*

Cette prescription de l'article 893 du code de procédure est, sans abus de langage, véritablement barbare. Elle fait connaître aux malades, toutes les fois qu'il leur reste assez d'intelligence pour comprendre ce dont il s'agit (et il en est ainsi dans la presque totalité des cas), toute l'étendue de leur infortune; elle retourne le poignard dans la plaie; elle détermine, chez les uns une révolte; chez les autres, une excitation ou une dépression funestes. Souvent même elle peut être une cause d'aggravation de la maladie.

Tout récemment, nous étions nous-même témoin du fait suivant : nous nous trouvions dans le cabinet du docteur X..., directeur de l'asile de T..., au moment où un huissier lui remettait l'exploit signifié à l'une de ses pensionnaires, en vertu de notre art. 893, C. pr., contenant la requête et l'avis du conseil de famille. Naturellement l'exploit énonçait, en détails minutieux, les divers phénomènes de la maladie sur lesquels reposait la demande d'interdiction. Il y était dit, entre autres choses, que la malade avait compromis sa fortune en dépenses inconsidérées, qu'elle ramassait les cailloux dans les jardins, croyant y voir des pierres précieuses, que sa folie tendait à s'aggraver et à devenir incurable, etc., etc., etc. Pendant la lecture de ce cruel docu-

ment, nous étions frappé de l'altération des traits de l'honorable docteur, qui est l'un de nos éminents spécialistes. S'adressant vivement à nous : « Tenez, dit-il, lisez; il est absolument impossible de remettre cet acte à M[me] X.... Elle a, en effet, assez d'intelligence et de lucidité pour comprendre, non seulement qu'on veut l'interdire, mais encore que la requête émane de ses enfants, et qu'on lui reproche publiquement comme des griefs d'accusation, les idées délirantes qui peuvent l'obséder et les actes insensés auxquels elle se livre. Lui donner ce document serait faire acte de barbarie vis-à-vis d'une malade. Je ne puis m'y résoudre. D'autre part, la loi m'ordonne de lui en faire prendre connaissance, et c'est miracle si l'huissier n'a pas exigé de lui remettre cet acte en mains propres et a consenti à me laisser ce soin. Que faire? »

Après mûres réflexions, il se rendit auprès du juge commissaire, et obtint un ajournement dont la durée ne fut pas fixée. Et l'on se demande quel pourra bien être, pour la pauvre malade, le moment opportun pour recevoir un pareil coup!

De tels faits, qui se produisent journellement, ne prouvent-ils pas, mieux que tout commentaire juridique, le vice de notre procédure?

Et notre même article 893 C. pr. continue : Si l'interrogatoire et les pièces produites sont insuffisants, et si les faits peuvent être justifiés par témoins, le tribunal ordonne, s'il y a lieu, l'enquête qui se fait en la forme ordinaire. Le tribunal peut ordonner, si les circonstances l'exigent, que l'enquête sera faite, hors de la présence du défendeur, mais dans ce cas, son conseil peut le représenter.

Sur l'avis du conseil de famille, le tribunal interroge le défendeur en la chambre du conseil, en présence du procureur de la République. *(C. civ. 496.)*

Nous avons déjà signalé le danger de remettre cet interrogatoire à l'appréciation de magistrats nécessairement étrangers à l'art de la médecine. Nous n'y reviendrons pas, nous bornant seulement à constater que tout cet appareil inquisitorial, cette suite de vaines formalités prescrites au défendeur pour prouver sa raison, tendraient plutôt à la lui faire perdre, s'il l'avait conservée, et ne peuvent en tout cas qu'aggraver son état.

Vient ensuite le jugement rendu à l'audience publique, les parties entendues ou appelées. (*C. civ. 498.*)

Est-ce tout? et le défendeur est-il cette fois bien et dûment fou, de par le tribunal? est-il définitivement interdit? Non vraiment. Sur la signification qui lui est faite du jugement, aux termes de l'article 501 du code civil (encore un document malheureux à placer entre les mains de l'aliéné!); il peut encore, comme tout citoyen jouissant de la plénitude de ses droits, recourir à la voie de l'appel.

Et alors, la Cour se trouve dans cette alternative :

Ou elle réforme le jugement, démontrant ainsi que, malgré l'interrogatoire, malgré les minuties de la procédure, les premiers juges ont erré dans l'appréciation de l'état mental et psychologique du défendeur, prouvant par son arrêt même le vice de notre système, en la matière, et donnant enfin à la théorie que nous défendons, le plus puissant argument;

Ou bien elle confirme le jugement qui a prononcé l'interdiction.

Mais alors, n'a-t-on pas le droit de considérer comme une puérilité, un non-sens, toute la procédure d'appel et cette défense personnelle d'un aliéné frappé d'intertion? N'est-ce pas un spectacle lamentable que cette longue et retentissante lutte, cette divergence entre les juridictions appelées à connaître de ce triste débat?

Encore une fois, si le législateur voulait absolument

édicter une interdiction judiciaire contre l'aliéné, aurait-il dû, au moins dès le début de l'instance, confier sa défense à un curateur ou tuteur spécial contre lequel eût été dirigée toute la procédure. Mais, en tenant un juste compte des progrès de la science et de l'état de notre civilisation, nous pensons que cette interdiction n'a plus sa raison d'être, et qu'il y a lieu de modifier des textes de loi surannés.

En la matière qui nous occupe, l'incapacité est la conséquence directe d'un fait physique : la folie, maladie du cerveau dont les découvertes des aliénistes contemporains ont rendu la curabilité si fréquente, que la porte reste presque toujours entr'ouverte à l'espérance, cette consolation suprême des affligés! Pourquoi la leur enlever? Et qu'est-il besoin d'une décision judiciaire pour constater l'incapacité civile de l'aliéné?

En voulant donner plus de garanties à l'aliéné et aux tiers, le législateur a dépassé la mesure. Pour mettre fin à cette longue série de formalités, il nous semblerait sage de revenir purement et simplement à la tradition romaine.

D'ailleurs, ne trouvons-nous pas déjà dans la loi même de 1838, une tendance marquée vers ce retour, ainsi que nous allons essayer de le démontrer?

La loi du 30 juin 1838 s'exprime ainsi :

Art. 32.— Sur la demande des parents, sur celle de la commission administrative, ou sur la provocation d'office du procureur du roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497 du code civil, nommer, en la chambre du conseil, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite, placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du procureur du roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel.

Art. 38. — Sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur du roi, le tribunal pourra nommer,

en chambre du conseil, par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit, placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller : 1° à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérers a guérison; 2° à ce que ledit individu soit rendu au libre exercice de ses droits, aussitôt que sa situation le permettra.....

N'est-on pas frappé de l'analogie que présentent ces dispositions de la loi de 1838 avec l'institution romaine qui donnait au curateur un surveillant et un contradicteur dans la personne d'un et souvent de plusieurs *fidéjusseurs*.

En assimilant les fonctions des curateurs à celles des tuteurs, la loi romaine leur imposait des obligations communes.

Ainsi, ils devaient, avant d'entrer en fonctions, donner des garanties pour la bonne administration de la personne et des biens du pupille ou de l'aliéné : *Cavererem pupilli salvam fore.*

La première de ces garanties était celle que les Romains nommaient *satisdatio.*

« *Ne tamen pupillorum pupillarumve et eorum qui quæve in curatione sunt, negotia à curatoribus tutoribusve consumantur vel diminuantur, curet prætor ut et tutores et curatores eo nomine, satisdent. — Inst. — 21. —* »

La satisdation consistait à précautionner quelqu'un en lui donnant des fidéjusseurs. *Cavere ut aliquem securum faciamus, datis fidejussoribus. —*

Après avoir ainsi fait ressortir les défauts, les inconvénients de notre procédure d'interdiction, nous n'avons accompli qu'une partie de notre tâche.

Nous allons maintenant indiquer les principales lignes du plan des réformes qui, en l'état de notre civilisation, nous semblent devoir s'imposer à la sollicitude et aux méditations de nos législateurs.

Nous avons posé en principe que la base fondamentale de la réglementation de la capacité des aliénés doit être la consultation spéciale émanant des hommes de l'art.

Les considérations que nous pourrions faire valoir à l'appui de ce principe, ont été admirablement développées par deux hommes éminents qui, dans des carrières différentes, et, à trente années d'intervalle, se sont rencontrés, sur ce grave sujet, en parfaite communauté de sentiment : un magistrat : *Sacaze*; — un aliéniste : *Legrand du Saulle* (1).

« Il a toujours été admis dans la pratique, dit Sacaze, que lorsque la décision d'un litige dépend de la vérification d'un fait qui ne peut être apprécié par les tribunaux, parce qu'il est hors de leur portée, ou qu'il demande, pour être bien observé, des connaissances spéciales, il convient de suspendre la décision et d'ordonner cette vérification préalable. A cet effet, des hommes investis de la confiance commune sont désignés. Ils remplissent, aidés des lumières acquises dans l'exercice de leur profession ou de leurs travaux habituels, le mandat qui leur est donné, et secondent par leurs avis l'œuvre de la justice..... L'usage est d'opter pour une expertise. Mais s'agit-il de la plus obscure, de la plus impénétrable des maladies, s'agit-il de juger, tâche si délicate même pour le médecin spécialiste, les symptômes d'une raison égarée, les magistrats sont au contraire portés à écouter leur opinion personnelle, à interroger eux-mêmes l'individu soupçonné d'aliénation, sans s'appuyer sur aucune donnée scientifique, et à tirer de leur examen des conclusions que la science n'a pas préparées.....

(1) Sacaze. *De la folie considérée dans ses rapports avec la capacité civile*, 1851. — Legrand du Saulle. *Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés*, 1881.

« L'interrogatoire, destiné à faire jaillir les manifestations anormales de la pensée, n'est-il pas susceptible de devenir, pour des observateurs inexpérimentés, une mesure souvent illusoire et décevante ? Il est, par exemple, beaucoup d'insensés qui ont l'art de dissimuler leur état. Ce phénomène paraîtra singulier, mais il est constant, puisqu'il n'est pas un aliéniste qui ne l'ait observé. Eh bien ! qu'un de ces insensés soit conduit devant un tribunal; que là, environné d'un appareil qui le frappe, il soit pressé de questions dont le but est de solliciter ses idées, de les exciter à se produire, aussitôt son ombrageuse défiance s'éveille. Il déploie toute son habileté pour transformer sa situation mentale, et il réussira peut-être à faire douter de son délire.....

« Si l'individu interrogé est dans un moment de rémission, s'il est dans un intervalle lucide, qui préviendra une méprise trop aisée ? Est-il possible, enfin, d'interroger un aliéné avec fruit, si on ne reconnaît d'avance le type maladif sous lequel il peut être classé ? Il semble que pour les magistrats qui l'ignorent, le hasard seul devra les mettre alors sur la trace du délire. »

Legrand du Saulle commence ainsi son travail sur l'interdiction :

« Tout aliéné est un malade : tout malade ne doit et ne peut relever que du médecin.

« La folie est une affection qui trouble les fonctions du cerveau et qui dérange le jeu des facultés intellectuelles, morales et affectives. Or, la folie étant une maladie du cerveau, que peut-on penser de cette proposition d'après laquelle un jury composé de citoyens serait parfaitement apte à statuer sur l'état mental du premier venu ? Pour faire une pareille proposition, il faut ignorer, je ne dirai pas seulement les progrès que la médecine aliéniste a réalisés depuis le commencement du siècle, mais l'exis-

tence même de cette branche de la science médicale. C'est à peine si l'on peut pardonner aux auteurs du code civil, quelqu'égard que l'on ait pour l'époque à laquelle ils rédigèrent le titre de l'interdiction, de n'avoir pas seulement fait mention du médecin. Pinel avait pourtant déjà renversé l'édifice de l'empirisme, dispersé un monde d'erreurs, créé une science positive, *et prouvé que pour venir utilement au secours des invalides de la raison, il fallait être, avant tout, un pathologiste* (1). »

C'est dans le projet de loi présenté par la commission du Sénat, que nous trouvons les premiers éléments des réformes à opérer.

*Projet de loi sur les aliénés présenté par la commission du Sénat.* — Art. 11 et 12.

Art. 11. — Il est institué, dans chaque département, une commission permanente des aliénés, composée ainsi qu'il suit :

Le président du tribunal civil, ou un juge commis par lui, président;

Un membre du conseil de préfecture, ou autre délégué du préfet;

Un avoué ou ancien avoué, désigné par la chambre des avoués;

Un notaire ou un ancien notaire, désigné par la chambre des notaires;

Un docteur en médecine, nommé par le ministre de l'intérieur sur une liste de présentation dressée par le comité supérieur des aliénés, et comprenant des candidats pris, pour les trois quarts, parmi les médecins en chef ou adjoints des asiles, ou parmi ceux qui ont subi le concours mentionné à l'article 6 ci-dessus. (*Cet article énonce les conditions et mode de nomination des médecins directeurs, adjoints, préposés, etc, etc.*)

Ce dernier membre est le secrétaire de la commisson.....

Art. 12. — La commission permanente des aliénés a pour mission de surveiller, dans sa circonscription, l'exécution de la présente loi et des règlements relatifs aux aliénés ; d'assurer

(1) Le lecteur se reportera également à l'*Étude médico-légale* d'Ambroise Tardieu *sur la folie*.

la protection de leur personne,, et la défense de leurs intérêts : de contrôler leur placement et leur maintenue dans les asiles publics et privés, de surveiller leur séjour, et présider aux soins dont ils sont l'objet. dans les quartiers ou locaux d'observation ou de dépôt établis en dehors des asiles d'aliénes après leur sortie, et au patronage des aliénés après leur sortie.

Indépendamment des attributions qui lui sont conférées par les articles 20, 21, 36 et 53 de la présente loi (1), la commission est tenue de visiter ou faire visiter par son secrétaire, accompagné d'un autre de ses membres, une fois au moins tous les trois mois, les aliénés placés dans les établissements publics ou privés de sa circonscription, ainsi que chaque aliéné traité dans les conditions mentionnées au paragraphe de l'art. 7 de la présente loi (2).

Les membres de la commission chargés des visites reçoivent les réclamations des personnes intéressées et prennent tous les renseignements propres à établir la situation de chaque personne aliénée ou supposée telle ; ils consignent sur le registre de l'établissement visité par eux, les observations qu'ils jugent convenables; ils font un rapport à la commission sur chaque personne visitée.

Un rapport sur l'ensemble du service des aliénés dans sa circonscription et sur ses résultats, pendant le dernier exercice, est rédigé chaque année, par la commission. Ce rapport, adressé au préfet, avant le 1er février, est transmis par ce dernier, avec ses observations, au ministère de l'intérieur.

Des indemnités sont allouées.....

Ces dispositions, dont nous apprécions le mérite et l'importance, nous semblent renfermer le germe de notre réforme en matière d'interdiction.

La commission départementale permanente :

Là, et là seulement, est le nœud de la question que nous traitons.

Reste à déterminer le caractère dont il faut la revêtir,

(1) Ces articles sont relatifs à la communication des pièces, à l'avis de la commission, à l'organisation de quartiers spéciaux, lorsqu'il n'existe pas d'asile public, etc.

(2) Cette disposition est ainsi conçue : ..... Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés, toute maison où un aliéné est traité, même seul ; à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur du malade, n'ait son domicile dans la même maison, et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés.

les conditions qu'elle doit réunir pour présenter aux aliénés, aux familles, à la société, des garanties certaines, et décharger enfin le magistrat de la redoutable responsabilité que l'imperfection de notre loi fait actuellement peser sur lui.

Si, comme il est permis de l'espérer, l'avenir réserve aux commissions départementales la haute mission de décider souverainement du sort de l'aliéné, elles doivent nécessairement réunir, à un titre égal, le double caractère de commissions de surveillance et de commissions médicales. La surveillance elle-même ne saurait-être utilement exercée que sur l'initiative, les avis, et sous le contrôle des hommes de l'art.

Comment cette considération n'a-t-elle pas frappé les rédacteurs du projet, qui n'ont compris qu'un seul docteur en médecine dans la composition de la commission permanente, ce qui lui constitue, numériquement, une position trop effacée, et, au point de vue de l'autorité, une situation trop exclusivement prépondérante.

C'est cette lacune que nous proposerions de combler en élevant à trois le nombre des médecins de la commission, choisis, autant que possible, parmi des aliénistes, et en dehors, bien entendu, de ceux attachés aux établissements de la circonscription.

*Procédure.*

L'élément médical ainsi introduit au sein de la commission départementale permanente (sans autre modification d'ailleurs à la composition indiquée par l'article onze du projet), examinons l'influence qu'elle devra avoir sur la procédure, et le rôle prépondérant qu'elle sera appelée à jouer dans la réglementation de la capacité civile des aliénés et de l'administration de leur personne et de leurs biens.

Qu'il nous soit permis d'exposer ici, à titre d'indication seulement, un système de procédure que nous avons réduit à sa plus simple expression, en le faisant reposer sur l'avis de la commission départementale permanente.

Aux premières atteintes du mal qui réduit un individu à l'impuissance de vaquer aux actes ordinaires de la vie et de gérer ses biens, la famille, sur la réquisition d'un parent ou ami, se réunit dans un conseil, composé suivant le mode déterminé par les articles 406 et suivants du code civil, pour donner son avis sur l'état du malade et délibérer sur les moyens auxquels il convient de recourir.

Dans la huitaine, une expédition de cette délibération, *quelqu'en soit le résultat*, est transmise par le greffier de la justice de paix à la commission départementale, qui délègue deux de ses membres, pris parmi les docteurs en médecine, pour examiner le sujet, pendant une *période d'observation* dont elle fixe la durée.

Sur le rapport des membres délégués, la commission émet son avis et prescrit les mesures à prendre. Il ne s'agit ici, bien entendu, que des mesures pouvant influer sur la capacité civile de l'aliéné ou se rattachant à l'administration de ses biens; quant aux mesures relatives à sa personne, elle ne rentrent pas dans le cadre de notre étude et nous n'avons pas à nous en occuper. Nous rappellerons seulement que l'un des points principaux sur lesquels doit porter l'avis de la commission, est de décider si le sujet peut être soigné dans sa famille ou s'il doit être placé ou maintenu dans un établissement spécial.

Le sécrétaire de la commission dépose, dans le plus bref délai, une expédition de cet avis entre les mains du greffier de la justice de paix, qui en dresse procès-verbal.

Dans un délai de trois jours, le juge de paix convoque d'office les membres du conseil de famille pour prendre connaissance de l'avis de la commission départementale, et délibérer sur le choix d'un administrateur et d'un curateur provisoire *dont les fonctions, limitées à une durée de cinq années, sont absolument assimilées à celles du tuteur et du subrogé tuteur* (1).

Cette délibération est soumise à l'homologation du tribunal, qui statue, sans appel et sur les conclusions du ministère public, *en la Chambre du Conseil.*

Voilà donc la situation provisoirement réglée, sans éclat, sans bruit, *en famille*, comme il convient si bien en cette triste occurence, et pour un laps de temps raisonnable pendant lequel les chances de guérison sont les plus nombreuses et les plus favorables.

Telle est la première phase de notre procédure, où il n'est, comme on le voit, question dans aucun cas, d'interdiction, l'administration provisoire ayant virtuellement pour conséquence directe et logique d'entrainer la suspension de la capacité civile de l'aliéné.

La seconde phase n'est pas moins simplifiée.

A l'expiration des cinq années, s'il n'est pas survenu, jusqu'à ce moment, une guérison ou un de ces intervalles lucides de longue durée ci-après définis (2), auquel cas le sujet reprend l'exercice de sa capacité civile, suivant les formes ordinaires ci-dessus indiquées; à l'expiration des cinq années, disons-nous, l'administrateur provisoire demande à la commission départementale un rapport sur la situation du malade. Muni de ce rapport, il requiert la réunion du conseil de famille

(1) Cette idée, très pratique, a déjà été émise par un éminent magistrat, M. Léon Dayras, président de chambre à la cour de Dijon, dans son ouvrage : *Des Aliénés*. Paris, Dentu, 1883, p. 341.

(2) On va voir, dans l'étude de M. le D[r] Régis sur les intervalles lucides, à quelles mesures et à quelles formalités il y a lieu de recourir, dans le cas où une intermission vient à se produire.

pour délibérer sur le point de savoir s'il y a lieu de renouveler l'administration provisoire pour une autre période de cinq années, ou de faire déclarer l'administration définitive, en maintenant l'administrateur et le curateur provisoires dans leurs fonctions s'ils ne demandent à en être relevés.

La délibération est soumise à l'homologation du tribunal qui prononce en dernier ressort, sur les conclusions du ministère public, *en la Chambre du Conseil.*

Au greffe du tribunal civil, et au secrétariat de chaque commission départementale, il est tenu un registre spécial énonçant les déclarations d'administrations provisoires et définitives, la date des jugements qui les ont prononcées, les noms et qualités du malade, de l'administrateur et du curateur.

Il est donné communication de ce registre à toute personne munie d'une autorisation du juge de paix ou du président du tribunal.

Pour la mainlevée de l'administration provisoire ou définitive, les formalités sont les mêmes.

*Et c'est tout.*

La procédure, ainsi dégagée de la publicité de l'audience, du bagage encombrant de formalités inutiles, nous semblerait présenter des garanties bien suffisantes pour sauvegarder la personne et les biens de l'aliéné, le respect, la dignité des familles, aussi bien que l'intérêt des tiers et de la société.

Quoiqu'il en soit, nous estimons que le progrès des lumières, l'aspiration constante vers le perfectionnement de nos institutions, qui forment un des traits caractéristiques du siècle qui s'achève, tout, dans l'état avancé de notre civilisation, tend à démontrer la nécessité d'importantes réformes à introduire dans notre procé-

dure en matière d'aliénation mentale, et de réglementation de la capacité civile des aliénés. Heureux si dans cet humble essai, nous avons pu réussir à attirer sur ce point le regard du législateur, et lui fournir quelques indications utiles !

Avant Pinel, l'ignorance, les préjugés, la répulsion qu'inspirait l'aliéné captif et confondu avec les malfaiteurs, *in carcere duro*, constituaient, a-t-on dit justement, un véritable crime social.

L'aliéné ne souffre pas moins aujourd'hui de l'interdiction, dont l'éclat et les humiliations aggravent, s'ils n'achèvent de le perdre, l'état de ses facultés.

La science a brisé ses fers :

La loi sera-t-elle moins humaine?

---

Nous avons essayé de démontrer la supériorité de la législation romaine. Nous avons avancé qu'elle était plus logique, plus essentiellement pratique que la nôtre; que la théorie des intervalles lucides, pleine de dangers aux temps où la médecine était, pour ainsi dire, dans l'enfance de l'art, pourrait, à notre époque, être sûrement suivie, dans l'intérêt même de la liberté individuelle; et nous disions que, par une de ces évolutions inhérentes aux choses de ce monde, le retour aux principes romains nous semblait fatalement indiqué.

Notre excellent ami M. le docteur E. Regis, dont les conseils nous ont guidé dans le cours de cette étude, veut bien, avec son expérience et sa compétence, développer notre pensée et plaider la cause romaine, dans un travail pour lequel nous sommes heureux et de lui céder la plume (1).

(1) Le travail de M. Régis paraîtra dans un des prochains numéros de *l'Encéphale*.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

Année 1886 (1)

Séance du 11 octobre. — *Sur la persistance des phénomènes instinctifs et des mouvements volontaires chez les Poissons osseux, après l'ablation des lobes cérébraux*, par M. Vulpian.

*Conclusions.*— L'instinct et la volonté, facultés dont le siège, chez les Batraciens, les Reptiles, les Oiseaux et les Mammifères, paraît être dans les lobes cérébraux, peuvent se manifester, chez les Poissons osseux, après l'ablation complète de ces lobes.

*Recherches expérimentales montrant que la rigidité cadavérique n'est due ni entièrement, ni même en grande partie, à la coagulation des substances albumineuses des muscles*, par M. Brown-Séquard.

*Conclusions.* — La rigidité cadavérique ne dépend ni entièrement ni principalement de la coagulation de diverses substances albumineuses dans le tissu musculaire ou baignant ses éléments, comme le soutiennent aujourd'hui la plupart des physiologistes, à la suite de Brücke, de Kuhne et de Wundt.

Séance du 18 octobre. — *Sur l'origine des nerfs moteurs du voile du palais chez le chien*, par M. Vulpian.

L'origine principale des fibres nerveuses motrices destinées au voile du palais, chez le chien, est dans les filets radiculaires inférieurs du nerf pneumo-gastrique et dans le filet radiculaire supérieur des nerfs spinaux. Peut-être ces divers filets radiculaires appartiennent-ils tous aux nerfs spinaux ou accessoires de Willis.

*Recherches expérimentales paraissant démontrer que la rigidité cadavérique dépend d'une contracture, c'est-à-dire d'un acte de vie des muscles, commençant ou se continuant après la mort générale*, par M. Brown-Séquard.

*Conclusions.* — Bien qu'une coagulation de substances albumineuses puisse contribuer à la production de la rigidité cadavérique, la cause principale, et quelquefois la seule, de cet

(1) Voyez l'*Encéphale* 1886, page 709-715.

état des muscles, semble se trouver dans une véritable contracture, acte de vie, bien qu'il existe alors chez des cadavres.

Séance du 26 octobre. — *Sur la fonction des canaux demi-circulaires de l'oreille interne.* Note de M. Yves Delage.

A la suite des recherches de Flourens, Goltz, Breuer, Mach, de Cyon et tant d'autres, il a été reconnu que les canaux demi-circulaires de l'oreille interne, et probablement l'utricule, avaient une fonction principale différente de l'audition. Mais cette fonction a été très diversement interprétée.

J'ai cherché, à l'aide d'un procédé d'investigation particulier, quelles fonctions appartiennent vraiment à l'organe parmi toutes celles qui lui ont été attribuées.

Voici les conclusions auxquelles je suis arrivé :

1° Les canaux demi-circulaires ou l'utricule ne sont point l'organe spécial de nos sensations de translation; ce n'est point par eux que nous représentons l'espace avec ses trois dimensions, ce n'est pas à eux que nous devons d'en avoir acquis la notion : ils ne commandent pas les mouvements réflexes provoqués par l'impression auditive; ils ne constituent pas un sens de la direction qui nous permette, au milieu de nos pérégrinations dans l'espace, de retrouver à chaque instant la direction du point de départ;

2° Ils ne contribuent à nous renseigner sur l'orientation de la tête et du corps qu'indirectement, et non par une sensation statique actuelle, mais par le souvenir du mouvement accompli et par leur action sur les mouvements des yeux;

3° Leur fonction véritable, à la fois sensitive et excito-motrice, est de nous renseigner sur les mouvements de rotation accomplis par notre tête, soit seule, soit avec le corps, et de provoquer par voie réflexe les mouvements des yeux compensateurs de ceux de la tête et les contractions musculaires correctrices, nécessaires pour assurer notre équilibre et la précision de nos mouvements généraux.

Séance du 2 novembre. — *Recherches expérimentales montrant combien sont variés et nombreux les effets purement dynamiques provenant d'influences exercées sur l'encéphale par les nerfs sensitifs et sur les nerfs moteurs par les centres nerveux,* par M. Brown-Séquard.

*Conclusions.* — Tous les nerfs moteurs et presque toutes les parties excitables des centres nerveux peuvent avoir des mo

difications très notables de leur excitabilité, sous l'influence d'irritations lointaines, même peu considérables, de la plupart des parties du système nerveux.

*Sur la physiologie pathologique des capsules surrénales,* par M. Guido Tizzoni.

Les altérations matérielles et fonctionnelles du système nerveux consécutives à l'extirpation des capsules surrénales sont les suivantes :

Les *symptômes* accusent une origine cérébro-bulbaire : l'animal se meut avec moins de vivacité et refuse la nourriture; bientôt il devient comateux, écarte les pattes pour ne pas tomber, baisse la tête ; il est pris de tremblement avec propulsion en avant. L'attouchement excite soit un opisthotonos passager, soit des secousses et des mouvements exagérés; des accès convulsifs en opisthotonos avec secousses violentes précèdent la mort. Notons encore : diminution de la mobilité, de la sensibilité (à la douleur, à l'excitation électrique) et de l'action réflexe (cette dernière plus affaiblie dans les extrémités antérieures), mydriase, accélération de la respiration pendant les accès, ralentissement dans leur intervalle, rougeur de la muqueuse buccale, refroidissement, enfin, après la mort, rigidité hâtive.

Les *lésions* sont les suivantes : *Si la mort a suivi de près l'opération,* forte injection dans le système nerveux central; foyers hémorragiques, surtout dans la substance grise de la moelle au niveau des cornes antérieures et au voisinage du canal central. *Si la mort a été tardive,* la lésion siège dans la pie-mère et l'espace sous-arachnoïdien, dans les cavités et les parois ventriculaires. L'espace sous-arachnoïdien est le siège d'un exsudat à réticulum fibreux, contenant une substance amorphe, granuleuse, riche en globules blancs désagrégés et en gouttelettes de myéline. Des excroissances en forme de villosités ramifiées remplissent une bonne partie des cavités ventriculaires, occupées aussi par un exsudat plus riche que le précédent en éléments figurés. L'infiltration leucocytique se poursuit dans la substance du cerveau et du cervelet, où se voit la destruction par foyers des fibres et des cellules en même temps que la chute de l'épithélium cavitaire. Ces lésions correspondent à la distribution de la pie-mère et atteignent une couche limitée à la surface des hémisphères ou à l'intérieur des ventricules, mais il y a en outre des plaques de dégénérescence disséminée.

Il y a, de même, infiltration de la *moelle* et ramollissement aigu commençant par la partie axile des fibres, atteignant ensuite la gaine avec dilatation des cercles de substance érythrophile. Dans l'épendyme, on trouve une exsudation soit simple, soit accompagnée de la chute de l'épithélium, avec infiltration de la commissure grise, pénétration des leucocytes dans les parois vasculaires et désorganisation de ces parois, enfin extension uniforme ou par foyers du processus à la substance grise, laquelle fait place soit à des amas globulaires, soit à une substance amyloïde. Mêmes lésions dans la cavité et les parois du quatrième ventricule; les noyaux des nerfs bulbaires n'y échappent point et les cellules se détruisent soit par hydropisie péricellulaire, soit par infiltration, soit par dystrophie, suite de lésion vasculaire. L'intensité du mal diminue de haut en bas; elle atteint son maximum au niveau de la deuxième et de la troisième paire dorsale. Racines, ganglions, nerfs peuvent être aussi dégénérés en totalité ou partiellement. Dans le seul cas où ces lésions ont manqué, on n'avait conservé que la partie postérieure de la moelle, celle qui reste saine le plus souvent.

Ces altérations, à marche descendante, plus accusées dans les parties vasculaires, ont probablement leur *origine dans les vaisseaux sanguins*, qui, dans les cas aigus, se rompent et donnent lieu à des foyers hémorragiques, et, dans les cas à marche lente, entraînent une altération du liquide céphalo-rachidien. Cette relation est prouvée par ce fait, démontré par mes précédentes expériences, que la régénération surrénale a son point de départ dans le grand sympathique, puis par l'analogie entre les lésions nerveuses et celles de la peau, lesquelles intéressent primitivement les vaisseaux du derme (Nothnagel), enfin, par la grande ressemblance entre les troubles observés par Brown-Séquard, peu après l'opération, et ceux que j'ai constatés plus tardivement. Deux cas dus à Burresi et à Semmola prouvent que les désordres nerveux que je viens de décrire peuvent se retrouver chez l'homme à la suite des maladies des capsules surrénales.

*Sur les contractions déterminées par les courants de polarisation des tissus vivants.* Note de MM. Onimus et Larat.

Il résulte de ces premières expériences qu'avec les courants journellement employés en électrothérapie, on emmagasine dans les membres électrisés assez d'énergie pour déterminer des contractions apparentes plusieurs minutes

après le passage du courant, et dont l'action suffit parfaitement à expliquer la plupart des phénomènes physiologiques constatés par les expérimentateurs. Ainsi se trouvent confirmées les objections faites à la théorie de l'électrotonus.

Ch. V.

---

# ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Année 1886)

## SÉANCES DE JUILLET-AOUT — ALCOOLISME ET VINAGE

M. Riche se résume en disant : La situation est plus satisfaisante qu'en 1870.

Le vinage qui était, à cette époque, autorisé jusqu'à 18°, ne l'est plus maintenant qu'à 15°.

Le vinage, qui s'exécutait avec des alcools de vin ou d'industrie impurs, s'opère avec de l'alcool ne contenant que des traces d'alcools supérieurs, et l'on peut exiger que cet alcool soit absolument pur.

Dès lors, l'Académie ne peut porter un jugement plus sévère qu'en 1870.

Ce n'est pas dans la consommation du vin que gît le danger. L'odorat et le goût français sont en éveil dès qu'il s'agit du vin, tandis qu'ils ne le sont pas pour l'eau-de-vie, les liqueurs, les apéritifs surtout.

Dans une expertise, j'ai trouvé de l'absinthe qui avait été fabriquée avec de l'alcool dénaturé par la Régie au moyen d'un produit infect, le méthylène, et j'ai préparé, comme témoin de cette fraude coupable, de l'absinthe avec l'alcool grossièrement dénaturé pour la fabrication des vernis, absinthe que des amateurs n'ont pas jugée mauvaise.

Pour boire l'équivalent d'alcool contenu dans un petit verre d'eau-de-vie ou dans une ration d'absinthe, il faut un grand volume de vin, et, comme le disait notre collègue Bouley, dont la parole sympathique vibre encore dans nos cœurs, « quoique l'estomac humain ait de bien grandes profondeurs, « il y a cependant des limites à sa capacité. »

J'ajoute que le vin se boit généralement en mangeant, et

l'on sait que l'action de l'alcool est beaucoup moins à redouter au moment de la digestion.

Au lieu de nous opposer à la diffusion du vin, efforçons-nous de l'accroître, parce qu'elle est en raison inverse de celle de l'absinthe et de l'eau-de-vie, et que le vin est consommé le plus ordinairement dans la maison, tandis que l'apéritif surtout et la liqueur le sont presque exclusivement au cabaret et au café.

S'il m'était permis de vous proposer une rédaction de l'art. 1er, je dirais :

« L'alcoolisation, désignée communément sous le nom de vinage, est une opération utile pour la conservation de certains vins faibles en degré, très acides ou très altérables. Elle sert aussi, fort malheureusement et très fréquemment, à favoriser le mouillage, et l'Académie appelle les rigueurs de la loi sur cette pratique coupable. Une modification dans l'assiette de l'impôt des boissons serait fort désirable et pourrait être très efficace à ce point de vue. »

Séance du 16 novembre. — M. Vallin votera contre le vinage pour deux raisons :

La première, c'est que dans l'état actuel de la science il n'est pas possible de distinguer si de l'alcool ajouté à du vin pour le viner est de l'alcool éthylique très pur, ou s'il contient une proportion notable de ces impuretés et principes toxiques dont les alcools dits supérieurs ne sont qu'un des éléments.

A mon sens, c'est moins la provenance que l'impureté de l'alcool qui fait le danger du vinage. Le jour où il serait possible de s'assurer, directement ou indirectement, que le vinage n'a été fait qu'avec de l'alcool chimiquement pur, il y aurait peut-être lieu de ne pas prohiber cette opération aussi rigoureusement qu'on le demande aujourd'hui.

La seconde raison qui empêche de tolérer le vinage, de le limiter, par exemple, à l'addition de deux degrés aux vins marquant primitivement moins de 10 degrés, c'est qu'il serait actuellement impossible de contrôler l'application de cette tolérance. Comment affirmer que dans un vin qui marque 12°, quatre ou deux degrés seulement sont le fait de l'addition d'alcool ?

On peut bien, en général, reconnaître si un vin a été viné, en comparant les proportions d'extrait, de glycérine, d'acide succinique et d'alcool ; l'opération est déjà fort difficile avec

des vins très riches en extrait (30 à 36 gr.), dédoublés par un manipulateur habile ; mais les chimistes paraissent unanimes à déclarer qu'on ne peut doser exactement l'alcool ajouté par le vinage. Il y aura toujours, en raison de la difficulté de l'expertise, une tolérance de 1 ou 2 degrés de vinage, qu'il faut bien se garder d'augmenter.

Au point de vue de l'hygiène, il y a tout avantage à encourager l'usage des vins naturels à faible titre alcoolique, qui sont un aliment, et à grever les spiritueux, qui sont des consommations de luxe, souvent nuisibles et suspectes ; les vins forts, marquant plus de 12 degrés, se rapprochent au moins autant des seconds que des premiers. L'usage croissant des vins vinés nous a donné, depuis quelques années, le goût des vins forts ; un vin léger à 8 ou 9 degrés nous paraît aujourd'hui fade et plat ; nous préférons les bières fortes, alcoolisées, presque vineuses, à ces bières légères d'Alsace consommées sur place qui désaltéraient en restant inoffensives. Il faut lutter contre cette corruption du goût, comparable à ce qu'on observe chez les personnes qui s'habituent aux mets trop épicés et dont le palais est blasé. Il n'est pas douteux que, toutes choses égales d'ailleurs, un vin est plus capable de produire l'ivresse, et même l'alcoolisme, par un usage abusif, quand il marque 15 degrés, que lorsqu'il n'en marque que 9 ou 10, comme la plupart des vins naturels de Bordeaux. Puisque l'élévation du titre alcoolique augmente la valeur commerciale, même des vins ordinaires, je ne vois pas quel inconvénient il pourrait y avoir à imposer d'une taxe plus lourde le vin riche en alcool, à la condition de dégrever d'autant les vins naturels faibles qu'on couperait avec les premiers. Il y aurait équilibre par compensation, et ce serait un moyen d'empêcher le vinage.

La discussion qui se poursuit a mis en évidence l'insuffisance de nos connaissances sur deux points principaux :

1° Quelles sont, indépendamment des alcools amylique, propylique, butylique, etc., les substances toxiques qui se trouvent dans les alcools mal purifiés, et quelle est leur action spéciale sur l'organisme ? Les recherches de M. Magnan méritent d'être continuées sur un grand nombre de liqueurs et de boissons spiritueuses ; nous savons qu'elles se poursuivent en ce moment par les soins d'une commission, instituée l'année dernière par la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*.

2° Comment peut-on reconnaître et doser ces principes toxiques, quand l'alcool qui les contient est mélangé aux vins et à d'autres liquides complexes?

Le jour où ces deux questions seront résolues, un grand pas sera fait dans le sens de la prévention et de la répression de l'alcoolisme. Il appartiendrait à l'Académie de hâter cette solution, en provoquant et en facilitant de telles recherches par des subventions et des prix ; on compléterait ainsi les beaux travaux dont notre collègue M. Dujardin-Beaumetz présentait naguère ici les résultats intéressants, et l'on aurait une base positive pour imposer des mesures de police sanitaire dont l'application nous paraît aujourd'hui difficile.

M. Lefort. Le vinage, dans la proportion maximum de 2 à 3 pour cent d'alcool, pratiqué dans le but d'assurer la conservation, ou de permettre le transport des vins, ne saurait, au point de vue de l'hygiène, être regardé comme nuisible, pourvu que l'alcool employé soit absolument pur.

« Il n'en est plus de même, lorsque le vinage, tel qu'on le pratique trop souvent aujourd'hui, a pour effet de suralcooliser les vins soit pour frauder les droits de douane, soit pour permettre le dédoublement ultérieur des vins par le mouillage. C'est alors une véritable falsification, nuisible à la santé publique, et le danger devient plus grand encore lorsque l'alcool ajouté au vin est insuffisamment rectifié.

« Cette falsification, qui est une des causes puissantes de l'alcoolisme, doit être énergiquement réprimée, et l'Académie appelle vivement sur ce point l'attention des pouvoirs publics. »

M. Brouardel vient réfuter les arguments avancés par MM. Riche et Gallard en faveur du vinage, au cours de la discussion.

1° Y a t-il lieu de permettre aux alcools d'industrie d'entrer dans la consommation? Je suis, dit M. Brouardel, d'accord avec M. Riche sur ce point. L'industrie peut fournir de l'alcool éthylique absolument pur. D'autre part, l'expérience a montré que l'alcool éthylique tiré du vin, dans les conditions où se pratique aujourd'hui cette distillation, était impur, d'où résulte cette conclusion, en apparence paradoxale, qu'au point de vue de la santé publique l'alcool d'industrie bien rectifié présente moins d'inconvénient que l'alcool tiré du vin. Mais, actuellement, l'alcool qui sert au vinage vient de plusieurs sources.

L'alcool allemand, importé en France grâce à son mélange avec les vins espagnols, franchit la frontière sous forme de vin à 15°9. Il est imbuvable, n'est pas destiné à la consommation ; il sert au vinage ; il est destiné à être versé sur les vins parce qu'il ne paye que les droits du vin (18 fr. par hectolitre) au lieu de 200 fr. environ si le vinage avait été fait en France.

De plus, cet alcool allemand n'est pas pur. L'alcade de Madrid a interdit l'emploi des alcools allemands pour la fabrication des liqueurs. Or il est impossible de veiller sur la bonne rectification de ces alcools.

Le vinage se pratique également en France avec l'alcool fourni par les bouilleurs de cru et à l'aide des alcools fabriqués par les distilleries agricoles. Ces deux dernières sources versent encore dans le commerce des alcools impurs, car l'alcool éthylique pur ne peut être obtenu que dans les grandes distilleries. Si le vinage est autorisé à un degré quelconque, il est évident que ces petits producteurs d'alcool, dont l'industrie échappe à la surveillance, dont les produits sont moins chers, seront les fournisseurs habituels des intermédiaires marchands qui pratiqueront le vinage.

M. Brouardel demande à MM. Gallard et Riche quelle garantie ils possèdent contre ce danger.

2° MM. Gallard et Riche ont mis en opposition les conclusions votées par l'Académie en 1870 et celles proposées actuellement par la commission, et se sont demandé, sans les découvrir, les raisons qui justifient un tel changement d'opinion.

Pour répondre à cet argument M. Brouardel montre la progression suivie par l'alcoolisme. Dans une étude sur la folie à Paris, observée à l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police, le Dr A. Planés publie la statistique suivante.

Les cas de folie d'origine alcoolique sont en 1872 de 302, en 1879 de 427, en 1883 de 548.

En quatorze ans, 5,063 aliénés sur 18,000 sont redevables à l'alcool de leur internement, soit 28 p. 100.

La progression des suicides reconnaît la même cause.

Souvent les experts commis par la justice sont obligés de constater que la dégradation alcoolique du criminel est la vraie cause du crime lui-même.

Mais, nous disent MM. Gallard et Riche, faites la preuve que l'alcoolisation des vins entre pour une part dans cette augmentation de l'alcoolisme.

Nous avons établi plus haut que, outre la source officielle, le vineur puise son alcool à trois autres principales et qui échappent à la surveillance. Prenons une d'elles, la source espagnole. Tous les ans, 335,000 hectolitres d'alcool allemand (1) entrent en France sous la rubrique de vins espagnols. Ils sont destinés au vinage. Pour 36 millions de Français, 33 millions de litres d'alcool représentent presque un litre par an et par individu, en admettant que les femmes et les nouveau-nés consomment autant de vin qu'un homme adulte. Mais ce chiffre n'est lui-même l'expression que d'une faible part de la quantité d'alcool ajoutée en France au vin de consommation.

M. Vallin vous montrait, il y a quelques jours, que l'enquête faite par la Chambre en 1882 évalue à 200,000 le nombre des bouilleurs de cru à 500,000 hectolitres au moins; la quantité d'alcool fabriquée en France échappant à tout contrôle. Il n'est pas exagéré de porter au triple, c'est-à-dire à trois litres par tête, le chiffre de l'alcool introduit dans le vin que chaque Français consomme chaque année, et ce chiffre s'élèverait singulièrement si l'Académie accordait au vinage le laissez-passer qu'on sollicite.

Ainsi maintenant, avant que les pouvoirs publics aient accordé la tolérance demandée, chaque consommateur introduit par an inconsciemment dans son économie plus de trois litres d'alcool ajoutés à son vin. Ce chiffre semble faible à quelques-uns de nos collègues, ce ne sera pas, je l'espère, leur avis définitif, s'ils me permettent d'appeler leur attention sur les deux points suivants : d'abord la répartition de cet alcool est très inégale : pour établir un chiffre approximatif, il faudrait retrancher du nombre des Français les enfants, les populations qui ne boivent que de la bière et du cidre, ceux qui peuvent mettre à leur vin de table un prix élevé, et on verrait que la totalité de l'alcool ainsi introduit dans le vin se répartit à peine sur la moitié de la population.

La seconde réflexion que je soumets à mes collègues est celle-ci : *Tout le monde n'est pas égal devant l'alcool.* L'excès ne commence-t-il pas beaucoup plus tôt pour l'enfant, pour la femme, que pour un homme adulte? Et, même parmi les hommes, ne connaissons-nous pas tous des individus que nous

(1) Chiffre des douanes espagnoles, 1882. Je n'ai pu me procurer les chiffres des années suivantes.

ne pourrions ranger dans les prédisposés à l'aliénation et qui cependant éprouvent, sous l'impression de doses journalières même faibles d'alcool ou de vin, des troubles cérébraux, de l'excitation ou de la torpeur, suivant leur impressionnabilité personnelle? Enfin, chez ceux qui sont voués à la folie, combien en est-il chez qui une dose relativement minime hâte son éclosion et modifie sa marche et ses manifestations?

J'insiste sur ce point, dont nous avons eu souvent l'occasion d'être témoin dans les expertises qui nous ont été confiées avec nos collègues qui se sont plus spécialement consacrés à l'étude de l'aliénation, c'est que, en dehors de l'alcoolique, buveur d'habitude, il est un groupe d'individus chez qui un excès de boisson minime, accidentel, suffit à provoquer les impulsions homicides les plus graves. En thèse générale, on peut dire que toute personne ayant des prédispositions à la folie supporte mal l'alcool.

Les centres nerveux ne sont pas d'ailleurs les seuls organes que frappe l'alcool; je n'ai pas à rappeler les lésions viscérales si bien étudiées devant vous par tous les auteurs, notamment par M. Lancereaux. Mais ce que je dois redire, c'est qu'avant 1870 l'alcoolisme était à peu près inconnu chez ceux qui ne buvaient que du vin. Notre regretté collègue Lunier avait fait sur ce point des études, il avait dressé des cartes et il avait conclu, comme l'avait fait Magnus Huss, que le vin ne produit pas l'alcoolisme.

En est-il de même aujourd'hui? Ne connaissons-nous pas les uns et les autres des personnes, des femmes qui ne boivent que du vin, et qui présentent des désordres de leur santé exclusivement imputables à l'usage de l'alcool? M. Lunier ne pourrait plus aujourd'hui défendre sa conclusion, parce que le vin que nous buvons n'est plus le vin que l'on consommait autrefois.

Ce liquide alcoolisé ne présente-t-il pas d'ailleurs toutes les qualités requises par M. Riche lui-même pour mener à l'alcoolisme? « Je crois qu'on devient alcoolique, dit M. Riche, tout simplement parce qu'on boit de l'alcool en trop grande quantité, non pas par moments et à de très hautes doses, mais à intervalles régulièrement rapprochés, d'une façon continue pour ainsi dire : l'alcoolisme est l'état chronique, l'ivresse est l'état aigu. »

Nous acceptons la définition donnée par M. Riche. Permettez-moi de rappeler l'opinion de notre maître Lasègue sur ce

sujet : « Il n'est pas besoin, disait-il, d'une liqueur riche en alcool pour intoxiquer. Je dirai plus, il faut que cette substance ne soit pas fortement alcoolique, ou du moins, si elle l'est, il faut qu'elle soit diluée ou qu'elle soit prise à intervalles et par petites fractions à la fois. Les liqueurs fortes prises à doses massives amènent l'ivresse. » (*Études médicales*, t. II, p. 234.) Or que demandent les marchands de vins français? Est-ce d'ajouter un ou deux degrés d'alcool à leurs vins légers pour les faire voyager? C'est là le prétexte, et nous aurions pu faire sur ce point des concessions.

Ce que demandent en réalité les partisans du vinage, c'est de pouvoir placer leurs vins, au point de vue de la vente, sur un pied d'égalité avec les vins étrangers, c'est-à-dire le droit de le porter à 15°, 9 d'alcool.

Nous n'aurions plus alors dans la consommation que des vins alcoolisés puis dédoublés.

3° M. Brouardel arrive au dernier argument mis en avant par MM. Riche et Gallard. Quel est l'effet de l'addition de l'alcool et celui de l'addition de l'eau dans le vin? Si le vin n'est jamais un aliment *vivant*, il n'en est pas moins toujours un aliment. Or, lorsqu'on ajoute brusquement à ce vin 5 ou 6 degrés d'alcool, il se trouble, la matière colorante se précipite ainsi qu'une partie de l'extrait, du tannin, des tartrates., etc. Si l'on n'ajoute que 2 ou 3 degrés, au premier moment l'apparence du vin reste bonne, mais au bout de quelques jours l'extrait et l'acidité diminuent. M. Brouardel apporte à l'appui de cette assertion les résultats d'expériences exécutées par M. Ch. Girard.

Quant au mouillage, M. Riche demande que l'Académie appelle les rigueurs de la loi sur cette pratique coupable; je ne comprends pas cet ostracisme, dit M. Brouardel, car quelle est la conséquence du vinage? le mouillage lui-même. La première de ces pratiques a pour corollaire obligé la seconde.

Quoi qu'il en soit, le mouillage est condamnable, car autre chose est d'ajouter de l'eau dans son vin au moment de le boire et de l'ajouter quelques jours ou quelques semaines auparavant.

M. Brouardel réfute en terminant l'épithète de *non nuisible* attribué par M. Riche à ses vins vinés; il rappelle la fréquence croissante des dyspepsies, des états gastriques et, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, de la santé pu

blique, il adjure l'Académie de condamner le vinage et de voter les conclusions de la commission.

— En conséquence : *L'Académie de médecine, se plaçant au point de vue de l'hygiène, déclare :*

1° *Que le vinage ou alcoolisation des vins, à l'aide d'alcool pur et ne dépassant pas deux degrés, peut être toléré ; mais, en dehors de ces conditions, il doit être absolument interdit ;*

2° *Le vinage n'est pas seulement dangereux par la quantité et souvent par la mauvaise qualité de l'alcool qu'il ajoute au vin; mais encore parce qu'il permet le mouillage, qui est, à la fois, une fraude et une falsification ;*

3° *Des alcools dits supérieurs augmentant considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, il y a lieu d'exiger que les alcools destinés à la fabrication de ces produits soient complètement purs ;*

4° *L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des debits de boissons, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.* Ch. V.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

---

Séance du 16 octobre. — *Rôle de la sensibilité du tympan dans l'orientation au bruit*, par le D^r^ GELLÉ.

M. Gellé a pu étudier ce sujet et résoudre le problème sur deux malades du service de M. Charcot. Le rôle de la sensibilité du tympan apparaît ici très clairement.

Le premier sujet est un homme atteint d'anesthésie générale de la peau, avec tremblement et troubles d'équilibration et de la marche, et qui a conservé toute son intelligence, et la vue et l'ouïe intactes.

L'anesthésie est telle, qu'un glaçon placé dans le conduit auditif ne donne lieu à aucune sensation; les jets d'éther non plus; les piqûres avec transfixion ne sont pas senties. Si l'on touche avec la pointe d'une aiguille les deux tympans du sujet, en s'éclairant du miroir et avec le spéculum auris, la membrane peut être touchée et piquée sans que le sujet perçoive aucune sensation ni de douleur ni de contact. A droite et à gauche, même anesthésie complète. L'audition est très bonne, et le malade entend et répond par-

faitement bien, qu'on lui adresse la parole de face ou de derrière. En présence de ce cas bien net, dit M. Gellé, je pensai aussitôt à étudier l'action de la sensibilité tympanique sur l'orientation au bruit.

Je fais fermer les yeux du sujet; et, placé derrière lui, je porte la montre, qu'il entend très nettement du reste, à quelques centimètres de l'oreille gauche, puis de la droite, à l'insu du patient. Or, il répond qu'il perçoit le tic-tac, mais si on lui demande de quel côté elle bat, il lui est impossible de le dire les yeux fermés.

L'expérience a été répétée à plusieurs reprises, et toujours avec le même résultat.

Il est permis d'en conclure que la sensibilité du tympan joue un rôle sérieux dans la recherche de la direction du corps sonore.

Dans le même service se trouvent plusieurs malades frappés d'anesthésie générale, et je poursuivis sur eux mes recherches; or, toutes les fois que le sujet a pu dire de quel côté la montre était placée, de quel sens venait le son perçu, j'ai constaté aussi la persistance de la sensibilité de la membrane du tympan. Il est donc très évident que la sensibilité du tympan est mise en jeu par le courant vibratoire, et de là naissent la sensation d'extériorité et celle de la direction du son.

Séance du 30 octobre.— *Altération de la sensibilité à la suite de lésions des centres appelés psychomoteurs*, par le docteur Eug. Dupuy.

M. le professeur Horsley, de Londres, vient de publier dans le *British Medical Journal* de Londres, du 9 octobre de cette année, pages 670 et suivantes, trois observations fort remarquables. Elles marquent d'une façon bien nette un progrès dans la chirurgie de la tête et sont aussi une confirmation de cette doctrine, que les lésions du cerveau peuvent donner lieu à des effets fort variables pour un même territoire lésé, comme le soutient M. Brown-Séquard, et qu'il n'existe guère de rapport entre l'étendue de la lésion et l'étendue et la nature des fonctions altérées.

Voici les observations du professeur Horsley :

N° 1. — Le malade avait des mouvements convulsifs du côté droit. Il était hémiplégique *(distinctly hemiplegic)* encore dix jours après la dernière attaque épileptoïde jacksonienne.

*Opération.* — Hémisphère gauche. La lésion, qui était située autour de la partie postérieure du sillon frontal supérieur, était composée d'un tissu très vasculaire, très rouge, long de trois centimètres et large de deux. Le tout fut enlevé au couteau à la profondeur de deux centimètres, en même temps qu'un peu du tissu contenant les fibres de la couronne radiée de la circonvolution marginale.

*Résultat.* — Paralysie des doigts du membre droit supérieur et empêchement de la flexion du poignet et de la supination de l'avant-bras. Aussi perte de la sensibilité tactile au dos des deux dernières phalanges des doigts. Le malade ne pouvait localiser un attouchement, nulle part au-dessous du poignet. Il ne pouvait dire la position d'aucune articulation des doigts. (*Loc. cit.*, p. 673.)

N° 2. — A l'époque de l'opération, le malade épileptique pouvait faire tous les mouvements avec le membre supérieur gauche; ceux de la main un peu affaiblis, le pouce gauche souvent rigide — aussi en état de contraction clonique. — Pas d'altération de la sensibilité, excepté la perte du sens musculaire.

*Opération.* — Hémisphère droit. Une tumeur fut enlevée, avec du tissu cérébral ambiant (tumeur 1/2 pouce de largeur, tissu malade alentour plus de 1/2 pouce). Le territoire sectionné paraît être celui des circonvolutions frontale ascendante et pariétale à la jonction de leur tiers moyen et inférieur.

*Résultat.* — Le lendemain de l'opération, paralysie motrice partielle de la moitié inférieure gauche de la face; paralysie motrice complète du membre supérieur gauche, depuis et y compris l'épaule. Cinq jours plus tard, hémianesthésie gauche au chatouillement (sensibilité à la douleur intacte), localisation d'une piqûre d'épingle très imparfaite dans tout le côté gauche; parfaite à droite, au contraire. Perte complète du sens musculaire dans le membre supérieur gauche à partir de l'épaule. Au jour de la présentation du malade, il était en bon état (excepté un peu de faiblesse de la main gauche).

N° 3. — Traumatismes craniens, attaques d'épilepsie, commençant par une *aura* entièrement abdominale. — Après l'attaque, le bras droit restait faible pendant quelque temps, au dire du malade. — Ce malade était d'ailleurs complètement hémianesthésique à droite. Disparition de l'hémianesthésie après faradisation énergique.

*Opération.* — Hémisphère gauche. Ablation du territoire situé sur le tiers postérieur de la circonvolution frontale supérieure, *i, e,* juste sous la dépression traumatique du crâne. La lésion consistait en une cavité en forme de coin, profonde de un à cinq centimètres, large de un centimètre, remplie de liquide et de tissu conjonctif lâche. L'ablation a entraîné environ cinq millimètres du tissu ambiant.

*Résultat.* — Une semaine plus tard le malade accusait une faiblesse de tout le membre supérieur droit. — Amélioration partielle au jour de la présentation.

Il semble donc, d'après ces observations brièvement résumées et qui sont identiques de toute façon avec les expériences que j'ai instituées sur des singes et un grand nombre de chiens, que les lésions faites au couteau, de l'écorce cérébrale, qui est censée contenir les centres appelés *psychomoteurs,* peuvent donner lieu à des altérations de la sensibilité générale et du sens musculaire chez l'homme comme chez les animaux; et que l'ablation de ces centres dits psychomoteurs n'est pas suivie de paralysie durable non plus chez l'homme que chez les animaux.

Il est fort à souhaiter que le distingué chirurgien à qui j'emprunte ces observations, nous donne un jour l'histoire subséquente de ces malades, si intéressants, puisqu'ils sont de véritables sujets d'expériences telles que nous les exécutons dans nos laboratoires. Je dois dire en terminant que le professeur Horsley a tiré de ses observations d'autres conclusions que moi, et qu'il n'est pas responsable de celles qui sont le sujet de cette note.

Seance du 6 novembre. — *Contribution à l'étude de la myopathie atrophique progressive (myopathie atrophique progressive à type scapulo-huméral),* par MM. L. Landouzy et J. Dejerine.

Les auteurs ont eu tout récemment l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un myopathique à type scapulo-huméral qu'ils ont pu examiner et suivre pendant trois ans.

Ils concluent de cette observation et de leurs restrictions antérieures que, en fait de myopathie atrophique progressive, on peut décrire un type scapulo-huméral et un type facio-scapulo-huméral; le premier, plus rare que le second, n'est la plupart du temps qu'un type facio-scapulo-huméral dans lequel l'altération des muscles de la face est encore trop peu accentuée anatomiquement pour se traduire par des

symptômes cliniques assez nets qui permettent de la reconnaître.

*Recherches servant à établir que certains phénomènes nerveux peuvent être transmis d'un sujet à un autre sujet sous l'influence de l'aimant*, par le Dr J. Babinski, chef de clinique de la Faculté de médecine à la Salpêtrière.

Toutes les précautions ont été prises pour qu'il soit impossible d'incriminer la suggestion ou la simulation.

Dans une première catégorie d'expériences pratiquées sur deux hystéro-épileptiques hypnotisables, nous avons pu transférer de l'une à l'autre de ces malades l'hémianesthésie dont elles étaient atteintes, ainsi que certains accidents que nous produisions chez l'une d'elles par suggestion : des paralysies diverses, flasques ou spasmodiques, monoplégies brachiales ou crurales, hémiplégies, paraplégies, coxalgies, le mutisme, etc.

On peut résumer à peu près les résultats de ces expériences en disant que deux sujets peuvent jouer l'un par rapport à l'autre, au point de vue du transfert, un rôle analogue à celui que joue chez un seul sujet un côté du corps par rapport au côté opposé.

Dans une deuxième catégorie d'expériences, nous avons mis en rapport avec un des sujets précédents des malades atteints de paralysies hystériques diverses spontanées. Ces accidents se transmettent, avons-nous dit, au sujet hypnotisable, mais le plus souvent persistent en même temps chez les malades présentant la paralysie spontanée. Pourtant, dans un cas, nous avions obtenu une amélioration d'une paralysie spontanée à la suite de plusieurs expériences consécutives, et nous émettions l'espérance qu'il y aurait peut-être là une méthode de traitement. De nouvelles observations que nous avons faites depuis cette première communication sont favorables à cette manière de voir. Voici, en effet, ce que nous avons constaté :

1° Une jeune fille atteinte de mutisme spontané se présente cette semaine à la consultation de la Salpêtrière ; elle est mise en rapport avec une de nos hystériques hypnotisables. Le mutisme se transmet avec une grande rapidité (notons en passant que cette jeune fille arrivait de la ville et était tout à fait inconnue de la malade hypnotique ; la suggestion et la simulation ne pourraient donc être invoquées ici même par les personnes les plus sceptiques), mais il persiste chez la pre

mière malade. L'hypnotique est alors débarrassée par suggestion de son mutisme et on renouvelle l'expérience. Après douze expérience consécutives, le mutisme de la malade s'est transformé en extinction de voix; elle peut parler à voix basse.

2° Une hystérique du service de M. Charcot présente à la suite d'une attaque une hémiplégie avec contracture; dix heures après le début de cette paralysie, elle est mise en rapport avec une de nos hypnotiques; nous procédons comme dans le cas précédent; après chaque expérience l'hémiplégie s'atténue et disparaît après la quatrième.

Nous avons fait, d'autre part, des recherches nouvelles qui nous ont montré que les manifestations hystériques ne sont pas seules susceptibles d'être transmises d'un sujet à un autre. En effet, nous avons pu obtenir la transmission de certains phénomènes liés à des altérations organiques du système nerveux.

Nous nous sommes placé dans les conditions suivantes : nous avons pris plusieurs malades, hommes ou femmes, atteints d'affections organiques du système nerveux, et nous les avons mis en rapport avec nos sujets hypnotisables. L'hystérique était plongée dans la période somnambulique du grand hypnotisme, et la situation des deux malades l'un par rapport à l'autre était semblable à celle dans laquelle nous avions mis les hystériques dans les expériences précédentes. Nous avons pris aussi les mêmes précautions pour éviter toute suggestion et toute simulation. Voici quelques-unes de ces expériences : nous avons pris d'abord une malade atteinte d'hémiatrophie cérébrale infantile, caractérisée par les symptômes suivants : hémiplégie spasmodique avec intégrité de la face, athétose. L'athétose ne s'est pas transmise à l'hystérique hypnotisée, mais il s'est développé chez elle une hémiplégie spasmodique avec intégrité de la face, et la main de l'hystérique a pris une attitude toute spéciale (main fléchie sur l'avant-bras, doigts fortement étendus sur la main et écartés les uns des autres), semblable à celle que présente dans une de ses positions les plus habituelles la main du sujet atteint d'athétose.

Nous avons choisi ensuite une malade atteinte de ramollissement cérébral; elle présente une hémiplégie droite avec aphasie ; il y a une déviation de la bouche qui a été autrefois beaucoup plus accentuée. L'aphasie ne s'est pas transmise,

mais l'hystérique a ressenti un engourdissement dans tout le côté gauche du corps, y compris le côté gauche de la face, et il s'est développé une hémiplégie gauche ; il y a eu une forte déviation de la commissure labiale : cette déviation nous a paru être de nature spasmodique; la langue s'est aussi déviée à gauche.

Puis, nous avons pris un malade atteint de sclérose en plaques, présentant entre autres symptômes la parole scandée caractéristique de cette affection, le tremblement spécial et une parésie des quatre membres. Ces différents symptômes se sont transmis à l'hystérique, mais non à l'état de pureté absolue ; la paralysie a été plus accentuée chez l'hystérique ; la langue s'est embarrassée; la parole est devenue bégayante, beaucoup plus difficile que chez le sujet atteint de sclérose en plaques, et ne présentait pas exactement le même rythme. — Nous avons fait venir ensuite d'autres malades atteints de sclérose en plaques et nous avons obtenu des résultats analogues.

Voici maintenant les remarques générales que nous avons faites au sujet des expériences que nous venons de rapporter, et de certaines autres que le manque de place nous empêche de décrire : la transmission de cette catégorie de phénomènes nerveux se fait généralement avec beaucoup plus de lenteur que celle des manifestetions hystériques. — La disparition, sous l'influence de la suggestion, de ces phénomènes transmis souffre aussi plus de difficultés, mais on l'obtient pourtant assez rapidement. Les sujets hypnotisés éprouvent parfois une sensation de lassitude, de malaise qui nous a forcé dans certains cas de suspendre ces expériences. Il est en effet indispensable, dans l'intérêt des malades, de ne procéder au début qu'avec beaucoup de prudence. La reproduction symptomatique de l'affection nerveuse organique est quelquefois assez nette pour que le diagnostic de celle-ci puisse à la rigueur être porté d'après la copie qu'en fait l'hystérique; mais elle est beaucoup moins pure, bien moins précise que celle des affections hystériques. Un certain nombre de symptômes ne se sont pas transmis, ce qui peut être dû, il est vrai, à la suspension trop rapide des expériences. Il y a eu transmission des autres symptômes, mais leurs caractères se sont parfois un peu modifiés, soit qualitativement, soit quantitativement.

La nécessité dans laquelle nous nous sommes trouvé de

suspendre hâtivement un certain nombre de nos expériences, nous a empêché d'étudier les accidents transmis aux hystériques hypnotisées, dans tous leurs détails. Aussi nous proposons-nous de poursuivre ces recherches. Les faits que nous avons observés suffisent toutefois pour établir que certains phénomènes, liés à des lésions organiques du système nerveux, peuvent être transmis sous l'influence de l'aimant à une hystérique placée dans la période somnambulique du grand hypnotisme.

Nous n'avons certes pas la prétention d'émettre une théorie quelconque au sujet de ces phénomènes, mais nous croyons que les faits que nous avons constatés sont assez nets et intéressants pour devoir être consignés.

CH. V.

---

# BIBLIOGRAPHIE

REDMUND R. CLAY, **l'Alternative, contribution à la psychologie.** Trad. de l'anglais par A. BURDEAU, 1 vol. de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Alcan, 1886, xx-650, p. .

Livre énorme, diffus, indigeste. Le mot de *psychologie* qui figure dans le titre, le bon renom de la *bibliothèque* où ce livre a paru, faisait un devoir à la critique de prendre connaissance de cet ouvrage, au moins dans l'élégante traduction de M. A. Burdeau. Depuis que la psychologie est, non plus un chapitre de philosophie, mais une science comme la physiologie, la physique, la chimie et la mécanique, il n'est plus permis à ceux qui étudient les fonctions supérieures de l'innervation, de négliger les livres des psychologues. Malheureusement, M. Redmund R. Clay ne parait avoir ni la préparation, ni surtout le tour d'esprit nécessaires pour comprendre seulement la position des problèmes d'une psychologie scientifique. Pour lui, « la psychologie est une philosophie, et non une science » (p. 19). Scandalisé d'avoir entendu dire que la vie d'un animal ou d'un végétal (il refuse la vie aux plantes), simple « agrégat d'animaux ou de végétaux invisibles », est la somme des vies de ses cellules, l'auteur écrit ces mots, qu'on ne peut transcrire sans sourire : « Il faut en vérité que la science soit bien aveuglée par sa passion à renverser la religion, pour aller se prévaloir d'un aussi misérable prétexte,

jusqu'à abolir l'idée primitive de la vie, et la croyance, qui est de sens commun dans la chrétienté, à savoir, que la vie est une qualité de l'âme. » Or, « l'*âme*, l'âme seule, à l'exclusion du *corps*, est le sujet de la conscience » (p. 473).

Le respect dû à tout lecteur d'un journal scientifique nous interdit d'insister sur la « psychologie » d'un tel auteur, non moins que sur ses idées touchant le Christ et sa mission au XIXe siècle, et sur ce que M. Clay nomme « le principe infernal de la nature », ou lutte avec le bien, comme dans l'Avesta. C'est bien là un livre anglais : le Christ y apparaît en compagnie de Hutcheson, de W. Hamilton et de Herbert Spencer ! Point sombre ni ascétique, d'ailleurs, le Jésus de R. Clay : il nous le montre « mangeant, buvant, allant aux repas de noces, fréquentant toutes les sociétes gaies et innocentes. » C'est, on le voit, un Jésus à la Florian, aussi inconnu à l'évangile de Marc qu'au peintre Munkaczy, qui a séduit cet Anglais. La haine des moines et de l'*Imitation* y a bien été pour quelque-chose.

S'il y avait une étude à faire sur ce livre, elle devrait porter, selon nous, sur l'auteur lui-même, sur son caractère, J'ai noté quelques faits instructifs à cet égard.

Voici une « extase » où il tomba sur le sommet d'une montagne des Pyrénées, pour s'être penché en plongeant le regard jusqu'au fond de la vallée de Luchon : « Les couleurs de la vallée lui parurent, dit-il, abandonner le sol ferme et monter vers lui. Tandis qu'elles montaient..., elles devenaient, par une sorte d'usurpation (?), conscientes d'elles-mêmes, lui-même étant pour ainsi dire anéanti pendant ce temps. » Voici également ce qui apparut à l'auteur durant qu'il était évanoui : il vit une figure formée de plusieurs anneaux concentriques diversement colorés, le plus grand ayant quelque douze pieds de diamètre. « Le temps, l'espace et cette figure, rien d'autre ne semblait exister alors... Durant un moment, j'eus le sentiment que je contemplais cette figure, et, quand elle s'évanouit, je repris possession de moi. » Ailleurs (p. 221), il rapporte qu'une « faible attaque de paralysie ayant suspendu, dans sa main *gauche*, la faculté de retenir les objets, lorsqu'il jouait le soir sa partie accoutumée de besigue, sa main gauche ne pouvait retenir les cartes à moins qu'il ne dirigeât sur elle son attention. » Ce fait a résolu pour lui « une question dont il s'était longtemps préoccupé », ajoute M. Clay, qui va nous donner un échantillon de ses connaissances sur la physiologie

pathologique des scléroses postérieures de la moelle : « Comment une personne dont les jambes sont atteintes de paralysie partielle, peut-elle, en regardant ses jambes, arriver à s'en servir pour marcher? Il a vu par là, dit-il, que le fait de regarder ses jambes est simplement une condition éloignée du fonctionnement des jambes, et que la condition prochaine, c'est l'attention réflexive et soutenue de la part du malade. L'auteur, grâce à cette attention, pouvait retenir les cartes sans les regarder, mais son attention était moins sujette à se relâcher lorsqu'il regardait sa main. » — M. Clay témoigne avoir été, « en de certaines occasions, le simple instrument d'une force inconsciente » ; il « s'est surpris lui-même, un jour, à éprouver une émotion ironique sans objet » (p. 321 et 342). Un jour qu'il attendait un des petits bateaux à vapeur qui circulent sur la Tamise entre les différents quartiers de Londres, l'auteur vit un bateau qui semblait aller dans la direction qui lui convenait, déposer au débarcadère une partie des passagers. « J'allais monter à bord, dit-il, quand on m'avertit que le bateau n'allait pas dans la direction pour laquelle était mon billet. Je repris donc ma place, attendant. Ces incidents avaient fait naître en moi l'équivalent inconscient de cette supposition, que la passerelle par où j'avais essayé d'embarquer était la seule par où l'on embarquât : ce qui m'occasionna une perte de dix minutes, etc. » Un dernier document, dont le sens et la portée n'échapperont à personne : « Il m'est arrivé, par l'effet d'une notion fausse et inconsciente du plan d'une maison, de *voir deux individus, deux jumeaux, là où il n'y avait qu'un seul individu.* C'était un domestique qui, deux fois de suite, entra par la même porte dans une salle où je déjeunais et sortit par une autre. Dans ma notion inconsciente du plan de la maison, on ne pouvait supposer qu'il pût rentrer sinon par la porte même qu'il avait prise pour sortir ; et voilà comment, dans ma façon de l'appréhender, un seul homme fut comme partagé en deux, que je pris naturellement, à cause de leur ressemblance extraordinaire, pour des jumeaux » (p. 445).

Si, en dépit du titre, ce livre ne contribue point à étendre ni à avancer nos connaissances en psychologie, il renferme du moins, on le voit, quelques lignes curieuses d'autobiographie dont les psychologues, et d'autres encore, feront sans doute leur profit.

Jules Soury.

**Des anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil,** par le Dr Picqué, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, in-8°, de 486 pages, avec 71 figures dans le texte et une planche en chromo-lithographie.

Dans ce travail, l'auteur a étudié d'une façon complète les anomalies ou maladies congénitales, en insistant sur ce fait important qu'il est absolument impossible, dans l'état actuel de la science, de distinguer les arrêts de développement des lésions pathologiques de la vie intra-utérine.

Nous ne saurions évidemment analyser ce travail, qui n'intéresse pas spécialement les lecteurs de ce journal. Nous nous contenterons de signaler un chapitre important sur les malformations du nerf optique, étude qui a été jusqu'à présent complètement négligée en France, et que l'auteur fait suivre de l'examen critique de la théorie embryogénique de la rotation du bulbe oculaire de Vossius, théorie qui lui sert de base; puis une étude très importante de dermoïdes de la cornée, basée sur l'étude de 95 cas.

Nous ne faisons que signaler ces chapitres à ceux qu'intéresse l'ophtalmologie, et nous n'insisterons que sur certains points qui se rattachent plus particulièrement à l'étude des vices de développement du crâne et de l'encéphale.

L'auteur, dans un chapitre préalable d'anatomie et d'embryologie, où il propose une théorie nouvelle du développement de la membrane pupillaire, a d'ailleurs insisté suffisamment sur les rapports qui unissent le globe oculaire à l'encéphale. Il suit de là que certains vices de développement du crâne et de l'encéphale peuvent s'accompagner d'arrêt de développement du globe oculaire. Sous ce rapport, les chapitres relatifs à l'accophtalmie, à la microphtalmie, au colobome du plancher oculaire, sont intéressants à consulter, et l'on y verra bien souvent signaler la coexistence des asymétries du crâne et de la face.

Dans cet ordre d'idées, le point le plus intéressant est assurément le suivant. Certaines maladies congénitales débutent à une époque assez avancée de la vie intra-utérine et présentent une évolution très lente : à la naissance, il n'existe pas d'amaurose ni même d'affaiblissement accusé de la vision.

La lésion peut d'ailleurs n'exister que sur un œil et l'amblyopie rester très longtemps méconnue ; si au contraire la lésion est bilatérale, l'amaurose peut ne se rencontrer qu'à une période assez avancée de l'existence.

C'est ainsi que la rétinite pigmentaire peut rester confinée très longtemps dans la zone équatoriale, son foyer d'origine, et n'envahir la membrane que vers l'âge de 40 à 50 ans, à ce point qu'on l'a bien souvent considérée comme une lésion acquise.

Des considérations de même ordre peuvent être présentées pour la cataracte congénitale.

La névrite héréditaire du nerf optique peut frapper tous les membres d'une même famille, dans plusieurs générations, vers l'âge de 13 ans, ou coexister avec l'aliénation mentale chez les ascendants. On voit combien il serait intéressant de soumettre les yeux des aliénés à l'examen ophtalmoscopique. Que de renseignements intéressants à tous point de vue ne pourrait-on de la sorte recueillir ? CH. V.

---

# NOUVELLES

NOMINATIONS ET PROMOTIONS. — M. le Dr DONNET médecin en chef de l'asile de Bordeaux, est promu à la 1re classe de son grade (7000 fr.); — à la 1re classe (8,000 fr.), MM. les Drs REVERCHON, médecin directeur de l'asile Sainte-Catherine d'Yseure (Allier), et BOUTEILLE, médecin directeur de l'asilede Toulouse; — à la 1re classe (7000 fr.), M. le Dr DOUTREBENTE, médecin directeur de l'asile de Blois ; — à la 2e classe (6000 fr.), M. le Dr MARANDON DE MONTYEL, médecin directeur de l'asile de Dijon ; — à la 3e classe de son grade (5000 fr.), M. le Dr BELLE, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord); — à la classe exceptionnelle de leur grade (4000 fr.), MM. les Drs GUYOT, médecin adjoint à l'asile de Quatre-Mares, et NOLLÉ, médecin adjoint à l'asile de Dijon.

*Arrêté du 6 août 1886 :* M. le Dr ADAM, médecin adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), est nommé médecin adjoint de l'asile de Blois, en remplacement de M. le Dr MILLET, décédé.

*Arrêté du 14 août.* M. le Dr PICHENOT, médecin adjoint à l'asile de Bassens (Savoie), est nommé médecin adjoint à l'asile d'Auxerre.

*Arrêté du 8 septembre.* M. le Dr BROQUÈRE, médecin adjoint de l'asile de Saint-Méen, près Rennes, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bassens (Savoie), et promu à la 1re classe de son grade (3000 fr.).

*Arrêté du 10 septembre.* M. le Dr BELLETRUD est nommé mé-

decin adjoint de l'asile de Saint-Méen (Ile-et-Villaine) et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

*Arrêté du 14 octobre.* M. le Dr DOURSOUT, médecin directeur de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est promu à la 3e classe de son grade (5000 fr.).

ASSOCIATION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ANGLAISE. Sur la proposition du Dr HACK-TUCKE, l'Association, dans sa séance annuelle du 7 août, a nommé membre honoraire M. le Dr Théophile ROUSSEL, membre de l'Académie de médecine de Paris, sénateur et membre correspondant, et M. le Dr Victor PARANT, médecin directeur de la maison de santé de Toulouse.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Concours pour l'internat en médecine.* — La question écrite a été : *Artères de l'encéphale, circulation cérébrale ;* — les questions restées dans l'urne étaient : *Substance grise de la moelle ; — Lobe cérébral antérieur.* — Questions orales : 1° *Symptômes et marche de la scarlatine régulière ; anthrax ;* — 2° *Signes et diagnostic de la première période de la phtisie pulmonaire ; fractures de la clavicule.* — Les questions restées dans l'urne étaient : 1° *Diagnostic de la pleurésie aiguë ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ;* — 2° *Ulcère simple de l'estomac ; diagnostic des luxations de l'épaule ;* — 3° *Érysipèle de la face ; fractures du col du fémur ;* — 4° *Signes et diagnostic du rétrécissement uréthral ; hydrocèle de la tunique vaginale. — Signes et diagnostic de la péritonite aiguë ; fractures de la rotule.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Insuffisance aortique ; fracture du col du fémur ; colique hépatique ; hernie inguinale et ses complications.* — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Sérieux, Gresset, Henry, Gilles, Bruant, Souza-Leite et Breitmann. Les internes provisoires sont : MM. Lewoff, Carysphillis, Thenet, Gilbert et Mary.

Le jury, à la fin du concours, a adressé à M. le Préfet de la Seine un vœu demandant que, à l'avenir, les internes des asiles soient recrutés par le concours général de l'internat des hôpitaux.

FACULTÉ DE DROIT DE PARIS. — *Cours libre.* — Le Dr DUBUISSON, licencié en droit, médecin de l'asile Sainte-Anne, a commencé le jeudi 13 janvier 1887, à 4 heures de l'après-midi (ancien amphithéâtre), un cour libre sur *les maladies mentales au point de vue de la responsabilité et de la capacité.* Ce cours comprendra douze leçons.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. CARON, administrateur

provisoire du bien des aliénés du département de la Seine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur. C'est la juste récompense d'un long dévouement à la défense des intérêts des malades de nos villes. — M. le Dr S. Pozzi, chirurgien des hôpitaux et des asiles d'aliénés de la Seine, est nommé officier d'Académie.

# NÉCROLOGIE

Un des plus distingués parmi les médecins aliénistes américains, le Dr John P. Gray, est mort à Utica (États-Unis), le 29 novembre 1886. On se rappelle sans doute que le 16 mars 1882 il avait été victime d'un grave attentat. Un aliéné lui avait tiré à bout portant un coup de revolver. Blessé grièvement à la poitrine, il n'avait pas succombé; mais il était resté depuis lors dans un état de souffrance continuelle.

Entré en 1848 dans le service des asiles d'aliénés, il s'était fait promptement remarquer par des qualités spéciales, et dès 1853, à l'âge de 28 ans, il avait été nommé directeur médecin de l'asile de l'état de Michigan. En 1854, il fut nommé, au même titre, à l'asile d'Utica. Cette même année il devint le directeur et le rédacteur principal de l'*American Journal of Insanity*, l'un des plus estimés parmi les journaux de médecine mentale d'outre-mer.

Il contribua, plus que tout autre, à généraliser en Amérique les méthodes de traitement pour les aliénés que la France et l'Angleterre ont l'honneur d'avoir instituées, et, sous ce rapport, il avait admirablement organisé son asile.

Ses écrits sont nombreux; presque tous ont paru dans son journal, et portent la marque d'un jugement sûr et droit.

*Dependency of Insanity on Physical diseases*, 1871. — *General view of Insanity*, 1874. — *Thoughts on the causation of Insanity*, 1874. — *Mental hygiene*, 1876. — *Pathological Researches*, 18 7. — *Abstract of the laws of New-York relative to Insanity*, 1878. — *Hyosciamia in Insanity*, 1880. — *Heredity*, 1884. — *Insanity and some of its preventable causes*, 1885.

En 1874, il devint professeur de médecine mentale et de jurisprudence médicale au collège médical de Bellevue. En 1876, le collège médical d'Albany se l'attacha au même titre. Les leçons qu'il professa eurent un grand succès et réunirent autour de lui un grand nombre d'auditeurs. L'attentat de 1882 l'obligea à suspendre ses cours et mit prématurément un terme à sa carrière et à ses travaux scientifiques.

Il jouissait, parmi ses compatriotes, d'une très grande autorité. Il fut appelé comme expert médecin dans les affaires les plus graves dont les tribunaux de son pays aient eu à s'occuper, notamment dans celle de Guiteau, l'assassin du président Garfield. Toujours il conduisit les expertises de façon à jeter une grande lumière sur les faits qui lui étaient soumis.

Sa mort laissera donc un grand vide dans le corps des médecins aliénistes américains.

Dr Parant.

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Janv. 87.

# L'ENCEPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES


LABORATOIRE D'ÉLECTRO-THÉRAPEUTIQUE DU PROFESSEUR P. KOWALEWSKY

UN CAS DE

## DÉGÉNÉRESCENCE PSYCHIQUE HÉRÉDITAIRE


**Par le Dr JAKOWLEW**

**Médecin adjoint près la chaire des maladies nerveuses et mentales à l'Université de Kharkow.**


La neurasthénie, cette forme morbide qui est à la limite des maladies nerveuses et des troubles psychiques proprement dits, se propage, comme on sait, de plus en plus. Abstraction faite de l'héridité — cause étiologique commune à toutes les psycho-névoses — la propagation croissante de la neurasthénie dépend évidemment des conditions compliquées de la vie sociale actuelle (1). Il est donc tout naturel que la forme morbide en question ait attiré sur elle l'attention de nos aliénistes les plus distingués. La neurasthénie occupe déjà une place dis-

(1) Beard, Die Nerwenschwäche.

tincte dans la série des troubles psycho-nerveux si nombreux et si variés dans leurs manifestations. Elle a une étiologie à elle, et une symptomatologie assez bien déterminée, et présente une marche cyclique caractéristique quoique différente suivant les cas.

Le syndrôme que nous appellons maintenant *neurasthénie* était connu depuis bien longtemps. Certaines de ses variétés ont été décrites par les anciens auteurs (1). Des auteurs plus rapprochés de notre époque avaient observé plusieurs des symptômes de la neurasthénie, qu'ils désignaient sous les noms de faiblesse nerveuse générale avec irritation, de névrosisme, d'état nerveux, etc. Toutes ces descriptions étaient incomplètes et péchaient par excès de différenciation nosologique. On prenait la partie pour le tout, en élevant un groupe restreint de symptômes au rang d'une maladie indépendante. On obtenait ainsi des variétés cliniques sous les noms de « *prédisposition épileptique* », « de *prédisposition hypocondriaque*, » « d'*hystérie fruste* », d'*obssesion*, d'*agoraphobie* de *claustrophobie*, de *bélanophobie* etc., etc... Comme on le voit, il en ressort une analogie complète avec les anciennes monomanies. C'était du reste inévitable, car dans l'étude d'un phénomène plus ou moins compliqué on procède toujours par la méthode analytique, d'abord, pour n'aboutir à la synthèse que quand les détails sont déjà connus L'étude de la neurasthénie devait se ressentir de cette loi générale. On n'étudiait que les symptômes d'une affection encore inconnue en elle-même et, en vertu de la tendance constante de l'esprit humain à la généralisation, on les réunissait en groupes déterminés qui recevaient des noms génériques et la valeur de formes cliniques indépendantes. En somme il y avait, d'un côté, tendance à la synthèse et, de

(1) Doyen, Terreurs morbides. L'*Encéphale*, 1885, 4.

l'autre, une analogie presque complète avec les « monomanies. ».

Mais le travail de généralisation une fois commencé ne pouvait s'arrêter en chemin; il aboutit à la doctrine de la « neurasthénie », considérée comme une forme morbide distincte qui renferme plusieurs des « prédispositions » d'autrefois et sur laquelle peuvent facilement se greffer toutes les variétés des « terreurs morbides », des « obsessions et d'autres troubles encore incomplètement étudiés (1). Quoique plusieurs de ces troubles soient encore considérés comme des entités morbides *sui generis*, nous allons néanmoins essayer de montrer que, même ici, la tendance à la généralisation s'affirme chaque jour de plus en plus.

En 1866, Falret a décrit un cas de pathophobie sous le nom « *d'hypocondrie morale avec conscience.* La même année, Baillarger décrivit un cas analogue de « crainte du contact. » En 1872, parurent les recherches de Westphal sur « l'agoraphobie », nom sous lequel l'auteur désignait la peur des places publiques. Legrand du Saulle remplaça ce nom par « la peur de l'espace ». La forme clinique dont il s'agit est considérée jusqu'à présent comme une affection *sui generis.* En 1878, Bourdin parle de l'horreur du vide et, en 1879, Ball décrit sous le nom de claustrophobie la peur des espaces fermés (2). L'exemple de ces auteurs fait surgir les « phobies » les plus variées, qu'on désigne, suivant leur motif, par les noms de bélonophobie (peur des aiguilles), antropophobie (peur d'une grande quantités d'hommes), astrophobie (peur de l'éclair) etc., etc. (3). La différenciation est à son comble.

(1) Deard, Die Nerwenuschwäche; prof. Korwalewsky. Psychiatrie.

(2) Le mot de claustrophobie a été créé par Verga de Milan. Cette psychose a été décrite par plusieurs auteurs, et surtout par Ruggi de Bologne. B. B.

(4) Prof. Kowalewsky, Psychiatrie, 85.

En 1885, le professeur Kowalewsky émit l'opinion que tous ces phénomènes sont indentiques. Un symptôme cardinal les caractérise tous : l'apparition, dans des circonstances données, d'un sentiment de peur morbide. Le professeur Kowalewsky proposa de généraliser tous ces phénomènes sous la dénomination de « pathophobie», de terreurs pathologiques (1). Cette manière de voir est confirmée par l'opinion du professeur Charcot (2), qui dit que les causes déterminantes d'une terreur morbide quelconque peuvent être très différentes et même n'avoir rien de commun avec le genre d'émotion qu'elles produisent. En effet, un coup de tonnerre peut causer la peur du phosphore, le bruit d'un objet qui tombe peut provoquer la crainte des aiguilles. S'il en est ainsi, il est évident que le caractère particulier de l'émotion est complètement indépendant de la cause extérieure qui la provoque, et que toutes ces manifestations doivent être fortuites et variables, excepté une seule, — le sentiment de terreur morbide — qui est constant, et qui, par conséquent, est le symptôme essentiel, cardinal de tous ces états pathologiques, ce qui permet de les réunir en un groupe commun qui acquiert la valeur d'une véritable unité clinique.

Mais dans ces derniers temps la synthèse va encore plus loin et nous fait considérer la pathophobie, non comme une forme morbide indépendante, mais comme une des manifestations, comme un des symptômes d'un autre trouble encore plus général.

On a remarqué qu'il existe un lien commun entre la patophobie, les obsessions, les actes impulsifs et quelques autres phénomènes psycho-pathologiques du même genre. Trois signes d'une grande importance et fondamentaux les caractérisent tous : 1° les troubles dont il

(1) Psychiatrie, 85.
(2) La Pomatomanie. *Arch. de Neurol.*, 85, 29.

s'agit apparaissent toujours sur le terrain de la prédisposition héréditaire; 2° ils sont presque tous accompagnés de certains états émotifs, comme le sentiment de crainte et d'anxiété; 3° le malade a toujours conscience de ce qu'il présente d'anormal et même d'absurde. Ces signes cardinaux importants, qui sont communs à tous les troubles morbides en question, permettent de considérer ces derniers comme des phénomènes nécessairement apparentés entre eux (Charcot, Magnan, Régis, Kowalewsky) et de les réunir sous la dénomination commune : *les stigmates de l'hérédité*, proposée par Magnan et approuvée par Charcot et Régis.

Lorsqu'une pareille généralisation sera suffisamment établie, il n'y aura qu'un pas à faire pour préciser le type général d'une individualité moralement anormale, type tout à fait analogue à celui de la dégénérescence physique que nous fournit l'étude anatomique.

En se rappelant donc ce qui a été dit plus haut de la neurasthénie, et surtout en prenant en considération l'opinion de quelques auteurs (Kowalewsky, Beard), d'après laquelle la neurasthénie présente un terrain favorable au développement des phénomènes de la terreur morbide, des obsessions et autres troubles psycho-pathologiques encore peu étudiés; en se rappelant que tous ces phénomènes commencent déjà à être reconnus comme parfaitement identiques entre eux et que la question d'un type générique d'une individualité psychopathique est à l'ordre du jour — il ne serait peut-être pas trop téméraire de supposer que ce type futur de l'individualité psychopathique est dans un certain rapport, encore inconnu, avec la neurasthénie. Il se peut que cette dernière ne présente un terrain favorable que pour le développement des phénomènes qui seront reconnus comme signes caractéristiques du type dont il s'agit; il se peut, au contraire, que ce type, n'ayant aucun rap-

port étiologique avec la neurasthénie, devra se confondre avec cette dernière pour former une entité psychopathique complète, tandis que les symptômes de l'un et de l'autre seront considérés comme absolument équivalents au point de vue étiologique. Ce sont là des questions que l'avenir seul est appelé à résoudre.

Nous pensons que certains cas de neurasthénie dans lesquels on observe les terreurs morbides, les obsessions, les mouvements impulsifs etc., peuvent d'une façon ou d'une autre servir à élucider la question de leurs caractères communs et des liens génériques qui les rattachent entre eux. C'est pour cela que nous soumettons à l'attention de nos confrères un cas de ce genre.

Le malade K..., âgé de 36 ans, souffleur de théâtre, se présenta au laboratoire du professeur Kowalewsky le 15 février 1886. Il se plaignait d'avoir des accès de terreur, des obsessions, une tendance à symboliser certains mouvements et une grande irritabilité. Les renseignements fournis par K..., permirent d'établir les faits anamnestiques suivants :

Le malade dans son enfance était scrofuleux, débile ; il avait un sommeil agité, souvent interrompu par des tressaillements, des cris, etc. Faible de caractère, peu sociable, n'aimant pas les jeux et la bruyante gaîté de l'enfance, K... préférait la société des adultes, surtout des femmes, qui avaient pour lui un attrait particulier qu'il ne pouvait s'expliquer alors. Renfermé en lui-même, défiant, soupçonneux envers tout son entourage, K... adorait la solitude, où il donnait pleine carrière à sa fantaisie qui n'était ni très imagée, ni très riche en conceptions, mais toujours prête à travailler. Ordinairement, c'étaient des femmes belles, jeunes et gaies qui hantaient son imagination. Très irritable et impressionnable, K... ressentait déjà à cette époque une tendance particulière à certains mouvements auxquels il attribuait une signification particulière, incompréhensible, mais mystérieuse et symbolique. A certains moments, une force invincible le poussait à faire un mouvement absurde ; l'alternative suivante se présentait à son choix : « Si tu le fais — ça sera bien ; sinon — prends garde ! » Le malade ne savait pas en quoi consistait le bien et ce qu'il avait à craindre et n'y réfléchissait même pas, mais quand le mouvement était accompli, il ressentait une complète satisfaction, une certaine joie ; il avait, par contre, le

sentiment du mécontentement, d'une angoisse confuse, lorsque pour une raison ou pour une autre, l'acte symbolique lui était impossible. Ces mouvements étaient multiples et extrêmement variés : quelquefois il lui fallait absolument toucher un objet de la main gauche, s'il l'avait touché d'abord de la main droite; une autre fois il fallait le toucher avec l'index, s'il avait été touché avec le troisième doigt — ou bien encore avec le petit doigt si l'objet avait été touché avec le pouce. K... était aussi contraint de regarder encore une fois en arrière, en tournant la tête à droite s'il l'avait d'abord tournée à gauche. En entrant dans une chambre, il lui était indispensable de faire le premier pas avec la jambe droite, et si, par hasard, le premier pas était fait par la jambe gauche, K... devait sortir immédiatement et corriger la faute commise. Bref, toute la sphère motrice du malade était soumise à un certain règlement, dont l'infraction le plongeait dans un état d'angoisse et d'irritation. Il serait inutile d'énumérer toutes les règles auxquelles il s'astreignait. Mais leur caractère commun était toujours l'absurdité et l'ineptie complète, dont le malade avait cependant vaguement conscience. En même temps, K... remarqua qu'il possédait le don du pressentiment, et comme plusieurs faits confirmèrent brillamment cette supposition, toute son attention fut dirigée de ce côté. Il s'aperçut bientôt que ses pressentiments se partageaient en deux catégories : pressentiments qu'il savait être vrais et pressentiments qu'il savait être faux. Tandis que le malade pouvait provoquer ces derniers à volonté et pour ainsi dire artificiellement, les premiers apparaissaient spontanément et quelquefois même malgré lui. Nous tâcherons d'expliquer par des exemples, l'origine de ces deux genres de pressentiments. K... aimait beaucoup son père. Ce dernier s'absentait quelquefois de la maison pour plusieurs jours. Tout le temps de son absence, l'enfant était de mauvaise humeur et irrité; il pleurait souvent et longtemps, était capricieux, cherchait chicane à tout le monde. Le jour du retour du père — qui n'était connu de personne — l'humeur du garçon subissait une modification notable : les caprices, les larmes et l'angoisse disparaissaient et faisaient place à une joie vague, à une attente inquiète de quelque chose d'imminent et d'agréable. « Quelques minutes avant l'arrivée du père, je ressentais comme une secousse. Je m'écriais — le père arrive ! — et je ne me trompais jamais. » Dans d'autres cas, comme nous l'avons déjà dit, le pressentiment était provoqué volontairement. K... désire qu'un certain fait s'accomplisse; il commence à y penser, s'aide de mouvements symboliques et, après en avoir exécuté un grand nombre, il commence à croire que son désir sera satisfait. « Et quoique je sache, d'après les faits précédents, que de pareils pressentiments ne se réalisent jamais, je crois, quand même,

que cette fois-ci il se réalisera. Je suis comme dédoublé : d'une moitié de mon moi, je crois à l'accomplissement du désir et — de l'autre — j'ai parfaite conscience que ce désir ne s'accomplira pas. Il faut ajouter que, du moment que le malade commence à croire « de l'une de ses moitiés » à l'accomplissement du désir, il a le même sentiment d'attente et de joie confuse qu'à l'apparition d'un pressentiment vrai, et que cette sensation acquiert son intensité habituelle, malgré « la seconde moitié » du moi qui reste fermement convaincu de la fausseté du pressentiment. A la même époque, le malade éprouve un besoin irrésistible de faire converger les yeux. Il s'exerce continuellement à regarder de ses deux yeux à la fois la racine de son nez. Cette circonstance fut remarquée par les parents, qui dirent en présence de l'enfant qu'il louchait. Cela effraya tellement le malade que, pendant toute une année, il s'exerçait à faire diverger ses yeux, après quoi il décida qu'il était guéri. K... commença ses études à huit ans. Il apprenait assez bien, mais était extrêmement distrait et intraitable. A dix ans, il entrait au collège, où son caractère n'avait pas changé : il était toujours rêveur, distrait, faible de caractère, méfiant envers tout le monde, concentré, évitait les yeux des camarades et aimait la société des femmes. Il s'adonna à la lecture et « dévorait » les romans, surtout les romans français, et, plus ils étaient scabreux et absurdes, plus K... passait de nuits sans sommeil, s'imaginant être à la place des héros. Son imagination n'avait pas de bornes. Peu à peu, l'instinct sexuel se développa définitivement et à quatorze ans K... s'adonna à l'onanisme. Les images de femmes nues et belles, l'onanisme, les mouvements symboliques et la rêvasserie deviennent ses seules occupations. Les études furent abandonnées.

Il s'éloigna complètement de ses camarades, surtout parce que sa gesticulation mystérieuse était le sujet des risées. Il fut renvoyé de la cinquième classe du collège pour son inaptitude complète aux études. Plongé entièrement dans un monde de fantômes et d'états émotifs continuels, K... reçut la nouvelle de son expulsion avec une parfaite indifférence. De retour dans sa ville natale, il abandonna bientôt l'onanisme et prit une maîtresse avec laquelle il vécut environ six mois en abusant fortement du coït. Vers ce temps, les conditions pécuniaires de sa famille changèrent et K... fut obligé de gagner sa vie. Il alla à Tomsk, se fit acteur et commença bientôt à remplir des rôles d'une certaine importance. Dans cette situation, son irritabilité, son impressionnabilité et son imagination lui rendirent service. De la sorte, K... avait la possibilité d'être un héros dramatique, non seulement dans son imagination, et inconnu de tout le monde, mais de l'être aux yeux de tous. Oubliant les

tréteaux il vivait sur la scène d'une vie réelle. Aux endroits pathétiques l'haleine lui manquait, il pleurait, sanglotait, tremblait et se sentait récompensé par les applaudissements du public. Souvent il s'évanouissait derrière les coulisses. A la suite de ces émotions survenait l'insomnie; l'imagination se déchaînait, l'humeur devenait inquiète, le malade tressaillait à la moindre circonstance imprévue; il devenait encore plus irritable et le besoin de gestes symboliques devenait si impérieux qu'il ne pouvait plus les retenir. Le matin, K... se levait malade, la tête lourde, avec des bourdonnements d'oreilles et une sensation de faiblesse musculaire, surtout dans les jambes. Toute la journée se passait dans un demi-sommeil. A l'approche du soir, une agitation le prenait, devenait de plus en plus forte, lui rendait son énergie et faisait de lui un homme bien portant. Puis de nouvelles émotions sincères sur la scène, l'insomnie, la fatigue avec tout le cortège des symptômes habituels, encore aggravés, et ainsi de suite, indéfiniment.

Il se décida à quitter la carrière artistique, malgré la renommée qu'il y avait acquise, et accepta la place de souffleur. Sa santé se rétablit un peu. Les troubles morbides persistaient, mais du moins ne s'aggravaient pas. Cet état continua sans changement jusqu'en 1876. Un soir, le malade, qui ne buvait jamais d'alcool, avala avant de souper deux petits verres d'eau-de-vie. Il se sentit ivre, la tête lui tournait, il chancelait, parlait avec difficulté. Se traînant à peine jusqu'à son lit il s'endormit immédiatement. Le matin, en se réveillant, il remarqua qu'il était tout aussi ivre: il chancelait, la tête lui tournait, il disait des phrases inintelligibles, avait envie de dormir. La conscience n'était pas complètement atteinte, le malade comprenait ce qu'il y avait d'anormal dans son état et s'en inquiétait. Cette ébriété, accompagnée d'une angoisse toujours croissante, persistait déjà depuis deux semaines quand le malade fit appeler un médecin. Celui-ci ordonna un vésicatoire à la nuque, des laxatifs, et l'ébriété disparut. Cet accident ne laissa pas de traces visibles et le malade n'y pensa plus. Quatre années plus tard, K... subit de rudes privations matérielles et toutes sortes de désagréments. La santé allait de mal en pis, tous les symptômes s'aggravèrent et lui étaient tellement pénibles qu'il commença à désespérer et à penser au suicide.

Une fois, pendant le sommeil, il se sentit réveiller par quelque chose d'inexpliqué. Fort agité, respirant à peine, avec de fortes palpitations de cœur, il éprouva une grande terreur qu'il ne pouvait comprendre, car un calme parfait régnait autour de lui. Cette terreur dura jusqu'au matin, ne diminuant que

peu à peu. C'était, d'après le dire du malade, comme une émotion de l'attente de quelque chose d'absolument inconnu, mais d'horrible, qui devait survenir immédiatement ou dans très peu de temps. Ces accès devinrent de plus en plus fréquents et finirent même par apparaître à l'état de veille, surtout le soir, mais seulement quand le malade se trouvait dans une chambre. S'il sortait, — l'accès disparaissait. Les accès pouvaient survenir en présence d'autres personnes, mais n'étaient alors jamais aussi forts et se réduisaient à une simple attente d'une chose très désagréable.

Ne voulant pas, par un sentiment de fausse honte, faire part de son état à une personne étrangère et, de plus, n'ayant aucune foi dans la science, laquelle, pensait-il, ne pouvait pénétrer dans le for intérieur de l'âme — le malade décida de ne consulter personne, de lutter contre son mal dans la mesure du possible et de recourir au suicide à toute extrémité. Cette lutte dura six mois. K... reconnut son impuissance : il ne lui restait que le suicide. Mais avant de prendre une décision définitive, il s'adresse à la science. Il se procura dans une bibliothèque publique le *Traité des maladies mentales*, de Griesinger, et se mit à le lire. Après avoir parcouru les premières pages une terreur extrême l'envahit, il jette le livre et s'enfuit de la bibliothèque.

« J'ai vu, dit-il, qu'on avait partagé l'âme en petites parcelles comme l'on fait du corps, et qu'on l'avait étudiée ainsi que ce dernier. J'avais peur, j'avais honte et j'étais en même temps tout joyeux : si tout ce qui se passe en moi n'est pas un mystère, si cela arrive aux autres — je n'ai pas de raison d'avoir honte. » Et il alla le lendemain même consulter un médecin, qui lui ordonna une potion au bromure de potassium et à la morphine. Son état s'améliora, les accès de terreur disparurent complètement et définitivement.

Vers cette époque, K... se lia avec une femme qu'il aimait à peine, cédant aux avances de celle-ci. Bientôt après, il ressentait pour elle presque de la haine, mais, malgré toutes les misères qu'elle lui faisait, malgré la nécessité bien démontrée de la quitter — car sous l'influencede scènes continuelles tous les symptômes morbides s'accentuaient — il ne pouvait prendre cette décision et continua à supporter cette position durant dix ans. Il ne se sépara de cette femme que grâce aux instances énergiques de sa mère. « La force de volonté me manquait », explique le malade.

Il y a six ans, K... remarqua des modifications dans son état : à côté de tous les symptômes préexistants il commença à ressentir le désir d'accomplir certains actes qui n'étaient plus aussi inoffensifs que les gestes symboliques. Etant à F...,

le malade devait, pour ses affaires, traverser plusieurs fois par jour un pont. Une fois il éprouva la peur de tomber dans l'eau. Cette peur augmenta à chaque traversée et devint bientôt une véritable terreur. L'idée de la possibilité de tomber lui coupait la respiration et il devait marcher au milieu du pont pour calmer tant soit peu cet état intolérable. Ce n'était pas tout. A la crainte de tomber se joignit peu à peu le désir de se jeter en bas. Ce désir, à son tour, devint de plus en plus fort et presque insurmontable. Pour ne pas succomber à cette tentation terrible, K..., toutes les fois qu'il devait traverser le pont, courait de toutes ses forces, se tenant au milieu, sans respiration, couvert de sueur froide et ressentant en même temps la terreur de tomber et le désir ardent de se jeter en bas. Après chaque voyage, il était longtemps à se remettre des émotions éprouvées et à peine s'était-il calmé, qu'il en devenait de nouveau la proie.

D'autres obsessions impulsives se joignaient à celle qui vient d'être décrite. Peu de temps après, le malade assistait, dans la ville de Vilno, à un service divin dans une église où se trouvaient des reliques très vénérées. Quand son tour d'adorer le saint arriva, il ressentit un désir presque irrésistible de commettre un blasphème, de cracher sur les reliques, de les mordre, bref, de faire quelque chose d'insensé, d'absurde et de blasphématoire au plus haut degré. Il se sentit pris de terreur devant la possibilité d'un pareil acte, mais le désir de l'accomplir était si fort, que le malade ne se hasarda pas à toucher aux reliques; il s'était presque évanoui et quitta l'église en tremblant. Quatre ans plus tard, en s'approchant pour communier, dans une église à Rostow, K... éprouva le même désir de blasphémer. Il considérait comme indécent de partir sans avoir communié — et, malgré sa peur et l'anxiété de l'attente de quelque chose de très désagréable, il resta jusqu'au moment où le prêtre lui donna le saint sacrement. Alors, à son grand effroi, il ressentit un désir ardent de cracher l'hostie qu'il avait dans la bouche. Se maîtrisant à grand'peine, plein d'angoisse et d'émotion, K... se promit de ne plus communier, de ne plus s'approcher des reliques et même de ne plus aller à l'église, de crainte de faire quelque chose d'horrible, d'autant plus que la solennité du culte est, comme K... l'a observé, en rapport direct avec l'intensité de son désir de blasphémer.

Un an plus tard, K... remarqua que sa parole était soumise aux mêmes règles mystérieuses que ses mouvements: il lui fallait disposer les mots dans un ordre déterminé, corriger les fautes d'une certaine manière, accentuer certaines paroles. La soumission ou la non soumission à ces règles produisaient les

effets déjà décrits : une satisfaction mélangée d'une joie vague ou un sentiment de mécontentement et d'angoisse. En même temps, pendant l'été, le malade commença à craindre les surfaces d'eau plus ou moins grandes. Se trouvant près de l'eau, surtout quand il se baignait, le malade se représentait involontairement dans la position d'un homme qui se noie. Il se figurait tous les détails de cette position affreuse et, peu à peu, ressentait les mêmes angoisses et les terreurs qu'il éprouvait en traversant le pont; — le désir de plonger dans l'eau et même de s'y noyer, malgré toute la peur que cette idée lui inspirait. Ce sentiment, mêlé d'angoisse et de terreur, avec un désir intense de faire ce qui l'épouvantait, faisait perdre au malade la conscience de ses actes et de ses forces physiques. Une fois, étant surpris par cet accès en se baignant dans un endroit profond, le malade faillit se noyer tout en étant très bon nageur. Il fut contraint de se refuser le plaisir de nager.

Le malade devint sérieusement anxieux. Il ne pensait qu'à son état moral si pénible. Il devint distrait, oubliant les choses importantes — ce qui lui causa des ennuis et le mit dans le cas de perdre son emploi. Bientôt l'inquiétude et l'irritabilité vont croissant. La moindre petite chose l'irrite au point de provoquer presque un accès hystérique; il rompt toutes ses relations et, resté seul, prend un plaisir particulier à se torturer lui-même. Il fouille avec acharnement dans son passé, y cherche les souvenirs les plus désagréables, les exagère à outrance, se fâche, et finalement trouve dans tout cela une étrange satisfaction. La lecture est abandonnée. Il ne s'intéresse qu'à tout ce qui se rapporte à sa personne. Dans le but de s'oublier un peu, de tuer le temps, K... se lance dans la débauche, mais l'abandonne bientôt, car les tentatives de coït sont infructueuses; l'éjaculation se produisait avant le commencement du coït et les caresses vénales n'inspiraient plus alors que le dégoût au malade. K... passait des journées entières à se représenter des scènes d'amour avec les détails les plus sensuels et dans des circonstances les plus voluptueuses, mais il ne ressentait aucune excitation physique et n'avait même pas d'érection. Il poussait presque ces choses jusqu'à l'hallucination. L'excitation psychique et l'impuissance corporelle augmentaient son angoisse et son irritabilité.

Bientôt K... remarqua avec épouvante un nouveau désir insensé. Dans sa boîte de souffleur, pendant une représentation dramatique, il ressentit le désir d'aboyer comme un chien et d'aboyer si fort que tout le monde au théâtre pût l'entendre. Il réussit avec peine à se maîtriser, s'embrouillait en soufflant, se sentait baigné de sueur. Au second acte, la même

chose advint au grand mécontement des artistes. Les jours suivants les mêmes phénomènes apparurent, et bientôt au désir d'aboyer se joignit un désir de sauter de la boîte sur la scène et d'y accomplir devant les spectateurs quelque chose de très indécent. Ces désirs absurdes devinrent de plus en plus impérieux; le malade, dans la crainte de succomber dans cette lutte, fut obligé de quitter sa place. Fréquentant ensuite le théâtre en qualité de spectateur, K... avait toujours le désir impérieux de quitter la salle pendant la représentation, et comme, selon les traditions théâtrales, un acte pareil aurait pu être considéré par les artistes, ses amis, comme une insulte, il dut s'abstenir d'aller au spectacle. Il se mit à donner des leçons de danse et pendant quelque temps se sentit mieux. Les obsessions disparurent; seuls les gestes et les paroles symboliques persistèrent ; les fonctions sexuelles devinrent plus normales; le coït devint possible et l'imagination ne se concentrait plus exclusivement sur des images lubriques — ce qui calma encore davantage le malade. Son état resta supportable jusqu'à cette année (1886). K... observa que les nuits de clair de lune amènent chez lui une recrudescence des phénomènes impulsifs Aux journées de pleine lune, son humeur devient plus inquiète; le soir, les terreurs morbides sont plus fortes, ainsi que les obsessions. Quand il fume trop, le même effet se produit. Chaque coït, accompli de jour ou de nuit, produit une somnolence; au contraire, une longue abstinence amène l'insomnie. Depuis le mois de novembre 1885, tous les symptômes s'aggravèrent et K... se décida à consulter le professeur Kowalewsky.

La mère du malade vit encore. Elle est hystérique, symbolise certains mouvements, a des migraines. Les autres parents de K... jouissent d'une bonne santé psychique. Le père et la mère n'ont jamais eu la syphilis. Le malade n'a jamais eu d'ulcérations aux organes génitaux, ni d'exanthème, ni aucune affection du pharynx. Il n'a jamais non plus reçu de contusions ou de lésions à la tête.

Les données objectives sont les suivantes :

La taille du malade est au-dessus de la moyenne; les systèmes osseux et musculaire bien développés; le tissu adipeux en quantité modérée. Les muqueuses un peu pâles, anémiques. La conformation des membres et de la colonne vertébrale est normale. Pas d'anomalies du côté de la motilité ou de la sensibilité spinale. Les cheveux sont noirs. La plus grande circonférence du crâne = 55 cent.; la courbe, depuis la racine du nez à la base occipitale = 38,3 cent.; d'une oreille à l'autre = 33,5 cent.; le diamètre droit du crâne = 18 cent.; le transverse = 15 cent.; l'oblique du côté droit = 18 cent.;

l'oblique gauche = 17,5 cent.; le diamètre de la base du crâne = 22 1/2 cent.; la hauteur du crâne = 14 1/2 cent.; la distance entre les orifices auditifs externes = 12,5 cent.; la distance entre les apophyses malaires = 11,5 cent.; la distance de l'orifice auditif à la cloison nasale = 12 cent.; la largeur du front = 13 cent., sa hauteur = 5 cent.; la forme de la tête est sous-brachicéphalique. A l'exception de l'asymétrie déjà indiquée (le diamètre oblique droit plus grand que le gauche de 1/2 cent.) on n'observe aucune difformité du crâne. La face, à l'exception de la platitude de la racine du nez, ne présente rien de particulier. L'expression de la physionomie est inquiète et concentrée. La mobilité des paupières est normale. Dans les conditions ordinaires, pas de strabisme, mais le malade peut à volonté produire un strabisme convergent très net. L'éclat des yeux est normal. La largeur des pupilles est normale et égale des deux côtés. Les pupilles réagissent bien à la lumière et la réaction tant primitive que secondaire est plus énergique dans l'œil droit. Vision 20, le champ visuel, exploré au moyen des couleurs blanche, rouge, bleue et verte — ne présente rien d'anormal. L'examen ophtalmoscopique ne donne rien de positif : le fond de l'œil est normal, la quantité du sang aussi; la papille du nerf optique ne présente aucune altération morbide (cet examen a été fait à la clinique ophtalmologique). L'iris, les oreilles, les dents, les organes génitaux et la bouche ne présentent pas de signes de dégénérescence. L'ouïe est normale; rien de particulier du côté des sens du goût et de l'odorat. La finesse de l'ouïe à travers la boîte cranienne est affaiblie des deux côtés.

L'examen des différents viscères donne un résultat négatif. Les fonctions sexuelles sont affaiblies : l'érection, quoique fréquente, est faible; le coït est rarement possible. La sensibilité de la peau présente les particularités suivantes : hypéresthésie du toucher, à l'exception des régions de l'épaule et de l'avant-bras, des deux côtés où les deux pointes de l'esthésiomètre de Weber, écartées à 9 cent., sont ressenties comme une seule piqûre. La sensibilité électro-cutanée a été explorée au moyen de l'appareil à chariot de Dubois-Reymond, chargé d'un élément de Leclanché et fixé à une table électro-thérapeutique. Le courant était pris de la bobine secondaire dont la distance de la bobine inductrice est indiquée en millimètres. Pour ces recherches, on se servait du compas du prof. Kremiansky, qui ne se distingue de celui de Weber que par cette particularité, que la plaque métallique sur laquelle se meut une des branches du compas est remplacée par une plaque en ivoire. Chaque branche du compas est munie d'un petit méca-

nisme pour retenir les fils de cuivre qui viennent de la bobine. L'écartement des branches était d'un centimètre, et l'on déterminait la distance maxima de la bobine pour chaque sensation minima. La peau était préalablement humectée d'eau tiède. Ces recherches donnèrent les chiffres suivants :

| | Côté droit. | Côté gauche. |
|---|---|---|
| Joue | 105 | 100 mm |
| Bout du nez | 92 | 90 » |
| Bord de la langue | 112 | 110 » |
| Lèvre supérieure | 97 | 95 » |
| Bras (face interne) | 79 | 75 » |
| Avant-bras (même face) | 71 | 68 » |
| Dos de la main | 78 | 75 » |
| Ventre | 68 | 72 » |
| Cuisses (face interne) | 70 | 75 » |
| Jambes (face externe) | 53 | 58 » |
| Dos du pied | 59 | 63 » |

Exploration des nerfs moteurs à l'aide des courants constants et induits : pour le courant constant, on déterminait l'apparition du premier kasz. Le malade refusa à se soumettre à d'autres expériences. Un grand électrode indifférent, imbibé d'eau tiède, fut placé sur la poitrine; un électrode plus petit, en forme de bouton, s'appliquait sur le point le plus excitable. Éléments Siemens-Galske, galvanomètre absolu de Kerschmann; les chiffres qu'il fournit sont exprimés en milliampères. Pendant la faradisation — le grand électrode indifférent sur la poitrine, le petit au point le plus excitable. La distance des bobines était déterminée d'après l'effet minima. Ces recherches fournirent les chiffres suivants :

| | Nombre des éléments. | | Force absolue du courant. | | Résistance du corps. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Droite. | Gauche. | Droite. | Gauche. | Droite. | Gauche. |
| Nerf facial | 14 | 13 | 16 1/2 | 16 | 2 1/4 | 2 1/4 |
| Nerf accessoire | 11 | 13 | 14 | 16 | 1 | 1 3/4 |
| Nerf cubital | 18 | 15 | 19 | 17 | 1 1/2 | 3/4 |
| Nerf péronier | 22 | 16 | 21 | 18 | 1/12 | 3/4 |

*Courant induit.*

| | Droite. | Gauche. |
|---|---|---|
| Nerf facial | 107 | 103 |
| Nerf accessoire | 117 | 114 |
| Nerf cubital | 113 | 110 |
| Nerf péronier | 85 | 80 |

*La température cutanée.*

| | Droite. | Gauche. |
|---|---|---|
| Joue | 34° | 34° |
| Cou | 35,2 | 35,0 |
| Poitrine (sous la clavicule) | 34,8 | 34,0 |
| Bras (face interne) | 34,4 | 33,7 |
| Avant-bras (même face) | 32,7 | 32,5 |
| Ventre (à 2 cent. au-dessous de l'épine iliaque antér. et sup. et à la même distance horizontale de cette épine) | 35,2 | 36,0 |
| Cuisses (face interne) | 33,7 | 34,0 |
| Jambes (face externe) | 35,2 | 36,0 |

Le malade présente donc une augmentation de sensibilité électro-cutanée dans la partie supérieure de la moitié droite du tronc, comparativement à la moitié gauche. Dans la partie inférieure du ventre, le rapport est inverse ; la moitié gauche est plus excitable. La température cutanée est plus élevée du côté droit. A la partie inférieure du ventre nous remarquons l'inverse : la température du côté gauche est plus élevée que du côté droit (1). A l'exploration de l'excitabilité électro-nerveuse, on constate une légère augmentation de cette dernière du côté droit. L'examen des réflexes montre que les réflexes primitifs et secondaires de la pupille à la lumière sont plus nets dans l'œil droit ; les réflexes rotuliens et du tendon d'Achille sont plus forts dans l'extrémité gauche. Le malade a peu d'appétit. Il est souvent constipé.

Le cas que nous venons de décrire démontre :

1° Que les phénomènes de patophobie, d'obsessions, d'actions impulsives peuvent se développer sur le même terrain et dans les mêmes conditions, séparément ou simultanément ;

2° Que tous ces phénomènes sont très souvent accompagnés de terreur et d'angoisse.

(1) Dans plusieurs cas de neurasthénie que nous observons en ce moment, nous avons constaté le fait intéressant d'une élévation nette de la température dans une moitié de la partie supérieure du corps, comparativement à la moitié opposée, et un abaissement de température du même côté dans la partie inférieure du corps Dans ce cas, on observe presque les mêmes données pour le sens du toucher, la sensibilité électro-cutanée et même, jusqu'à un certain point pour, l'excitabilité électro-musculaire.

3° Que le malade a toujours pleine conscience de leur absurdité et que cette circonstance les distingue des mêmes phénomènes de la folie primitive.

4° Que tous ces phénomènes sont en connexion avec la faiblesse nerveuse, la neurasthénie.

Nous voyons donc que le cas qui vient d'être décrit peut servir à confirmer l'opinion que tous les phénomènes en question sont de même nature et peuvent être réunis dans un seul groupe nosologique sous le nom très approprié de dégénérescence psychique héréditaire.

---

# DU REFROIDISSEMENT

## DANS LES ATTAQUES APOPLECTIQUES

**Par le Dr ROUSSEAU**

Médecin directeur de l'Asile d'Auxerre

---

Plusieurs médecins français se sont récemment occupés de la température dans les attaques apoplectiques, et surtout dans les cas d'hémorragie et de ramollissement. Ils ont constaté, dans la première de ces maladies, qu'au moment même de l'accident, sous l'influence de l'excitation du bulbe, il survient un ralentissement notable de la circulation, de la respiration et par suite un abaissement de température qui peut aller jusqu'à 36 degrés et même 35,4. Ce refroidissement est surtout influencé par la continuité de l'hémorragie ou la production de nouveaux foyers, complications qui sont encore confirmées par l'apparition de la contracture et des mouvements convulsifs.

Après ces phénomènes du début, il survient une

période pendant laquelle la température revient à l'état normal et reste stationnaire si les malades doivent guérir. Mais si la terminaison fatale survient, elle est précédée d'une troisième période, dite ascendante, au cours de laquelle la température s'élève et atteint parfois 40 et même 41, 5 degrés. C'est signe que le bulbe se paralyse. Enfin, après la mort, la chaleur augmente encore de un demi à un degré et le refroidissement s'opère avec une extrême lenteur.

Dans le ramollissement cérébral, il n'y a pas d'abaissement initial de la température ; celle-ci s'élève brusquement à 39 ou 40 degrés, pour revenir, au bout de quelques jours et, après quelques oscillations, à la température normale.

Les lois posées par les médecins qui nous ont précédé ne sont pas sans exception, et, pour notre part, nous avons rencontré deux observations de ramollissement dans lesquelles un refroidissement considérable s'est produit après les premiers accidents. Nous en possédons également une autre, où la congestion semble avoir joué le rôle principal, et qui s'est fait remarquer par un abaissement de température extraordinaire. Nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt de rapporter ces observations.

1re *Observation*. Il s'agit d'une malade qui, à la suite d'une attaque de ramollissement, fut frappée d'hémiplégie du côté droit et d'aphasie. Au bout d'un an, les accidents paralytiques s'étaient tellement amendés qu'elle pouvait se livrer, comme par le passé, à ses occupations habituelles, mais la parole lui faisait toujours défaut et, quand elle avait besoin de sortir, elle se faisait accompagner par une personne qui lui servait d'interprète. Quelque temps après, elle éprouve de violents chagrins et sa raison finit par se troubler complètement. Le délire revêt la forme lypémaniaque, elle refuse toute nourriture et on est obligé de la conduire à l'asile, où elle est admise le 23 décembre 1877.

Le 31 mars 1879, se produit une nouvelle attaque. Le membre inférieur gauche est frappé de paralysie et d'anesthésie, et cette dernière envahit en même temps tout le côté correspondant.

Les jours suivants, la fièvre et l'agitation sont extrêmes et toute la surface cutanée est brûlante. Le 16 avril, la fièvre tombe et la malade est prise d'un refroidissement général. Le pouls donne 80 pulsations larges, mais irrégulières, le membre paralysé reste flasque et inerte, et la faiblesse est telle qu'on suppose la terminaison fatale prochaine. Le 20, la chaleur reparait et la fièvre s'allume de nouveau. Après les accidents les plus graves, la guérison a été obtenue, mais la démence était complète. Cette malade a été enlevée par une troisième attaque, et, à l'autopsie, on a trouvé des foyers de ramollissement au pied de la 2e circonvolution frontale gauche, à la partie supérieure des circonvolutions ascendantes droites et dans l'éminence vermiforme du cervelet. Le premi r donnait l'explication de l'hémiplégie droite et de l'aphasie et le second expliquait la monoplégie crurale gauche.

La période de refroidissement avait duré 4 jours, mais, comme on croyait qu'il était l'avant-coureur de la mort, on a négligé d'en faire l'objet d'une constatation thermométrique.

2e *Observation.* Le nommé C... Alexandre a été placé à l'asile le 3 juillet 1878. Il se livrait à la boisson avec fureur, il était hémiplégique du côté droit et ses facultés intellectuelles avaient fini par s'oblitérer presque complètement.

Le 9 février, après quelques phénomènes prémonitoires caractérisés par des fourmillements et de l'hyperesthésie, il est frappé de paralysie du mouvement et de la sensibilité dans toute l'étendue du côté gauche. Il n'y a pas eu de perte de connaissance. Les membres sont flasques, la paupière supérieure du même côté est fortement abaissée. En pinçant la peau, on détermine des mouvements réflexes à droite. Il répond aux questions qu'on lui adresse, le pouls est petit et irrégulier.

La situation de ce malade est singulièrement pénible, les mouvements sont presque entièrement abolis dans tout le corps qui n'est plus qu'une masse inerte. En même temps, un phénomène assez remarquable se produit : l'intelligence semble se réveiller, il apprécie jusqu'à un certain point sa position et ne fait que se plaindre et gémir.

Le 14, c'est-à-dire 5 jours après l'attaque, le pouls faiblit toujours, les yeux sont largement ouverts. Il accuse toute sorte de douleurs, se désole et demande la mort. Il se plaint d'un refroidissement général et on constate que la température axillaire est de 36 degrés.

Le 16, la température descend à 35°. Il a été agité pendant toute la nuit précédente.

Le 19, tout le côté droit est cyanosé. T. 36°, 5.

Le 20, il a pu prendre quelques aliments et du vin. Il exprime

ses besoins et ses désirs et demande à voir sa fille. Teinte violacée des mains, T. 36°, 9.

Les jours suivants, la température est à peu près normale.

Le 3 mars, une escarre gangréneuse se produit au talon du pied droit.

Le 8, il est très agité, se croit entouré d'ennemis, il crie au secours, à l'assassin et demande la mort. La température augmente notablement, mais il s'affaiblit de plus en plus.

La mort a lieu le 14 mars.

A l'autopsie, on a trouvé dans l'hémisphère gauche un ancien foyer hémorragique du volume d'une noisette, au centre du lobe paracentral, et un foyer de ramollissement, au niveau de la scissure calcarine, intéressant une portion du lobe cunéiforme et du lobe occipital. L'hémisphère droit présentait un ramollissement également en foyer qui avait détruit une partie du pédoncule cérébral. Au niveau de la scissure pariéto-occipitale, les parties périphériques étaient ramollies et les parties profondes sclérosées.

La 3e *observation* est à tous égards extraordinaire.

Il s'agit d'une lypémaniaque chronique qui habitait l'asile depuis 1879. Elle était tellement agitée, agressive et dangereuse, qu'elle habitait presque continuellement le quartier cellulaire.

Pendant la nuit du 8 au 9 mars 1882, on constate qu'elle est plus agitée que de coutume. Elle parle à haute voix, pousse des cris, imite le cor de chasse. A 8 heures du matin, elle paraît un peu abattue, elle mange, mais sans appétit. Tout son corps était rouge et les conjonctives se montraient fortement injectées. Ces particularités n'attirèrent pas l'attention d'une manière spéciale, attendu qu'elles se reproduisaient presque invariablement à chaque accès d'agitation. A 8 heures et demie, pendant qu'on fait sa toilette, elle prononce encore quelques paroles, puis tout à coup elle tombe complètement privée de connaissance. En même temps, la respiration se ralentit, un froid glacial s'empare de tout son corps et les membres se raidissent comme contracturés. On la transporte à l'infirmerie et on l'entoure de bouteilles d'eau chaude ; mais toutes les tentatives faites pour ramener la chaleur restent infructueuses. Les parties en contact avec les bouteilles reprennent seules la couleur normale de la peau. Le pouls est insensible, l'anesthésie est générale, les paupières sont fortement abaissées, les orteils sont dans une extension très prononcée. Le thermomètre promené sur toute la surface du corps, vérification faite de son complet fonctionnement, marque 33,5 degrés. A midi, la face se décolore, tandis que la rougeur persiste sur toutes les autres parties. Une demi-heure après, elle redevient rouge, et la res-

piration semble se ranimer légèrement. A deux heures, la face pâlit de nouveau et la malade expire en ce moment. La coloration du corps s'est conservée pendant quelques heures après le décès. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Les faits qui viennent d'être rapportés diffèrent à plusieurs titres de la symptomatologie ordinaire des processus apoplectiques. Dans la première observation, le refroidissement se produit brusquemment 16 jours après l'attaque, succédant à une agitation intense et prolongeant sa durée pendant quatre jours. Chez le second de nos malades, le refroidissement apparaît le 4e jour après l'accident et la température s'abaisse jusqu'à 35 degrés. Le patient, qui possède sa connaissance, constate lui-même tout d'abord ce refroidissement dont il éprouve une sensation désagréable.

Ces deux cas sont intéressants parce qu'ils démontrent que l'abaissement de la température peut, dans certaines circonstances assez rares, il est vrai, non seulement se montrer dans le ramollissement, mais encore atteindre les limites de celui qu'on observe dans l'hémorragie cérébrale. Mais tandis que, dans cette dernière, le refroidissement constitue un fait initial, nous le voyons apparaître dans le ramollissement à des époques plus ou moins éloignées du début, succédant dans un cas à une réaction fébrile intense et coïncidant, au début, avec un pouls qui battait 80 fois à la minute, tandis que, dans l'autre cas, il se manifeste au milieu d'un calme presque complet. Chez les aliénés, la nécrobiose cérébrale n'est pas rare, mais nous ne l'avions jamais vue déterminer un pareil changement de température.

La troisième observation présente un fait pour ainsi dire exceptionnel. Notre malade a été frappée d'une attaque qui doit être considérée comme étant de nature congestive, attendu qu'elle a respecté les organes du mouvement. Aussitôt après l'accident, la température

s'est abaissée avec une telle rapidité qu'elle atteignait presque les dernières limites de l'algidité. L'excitation bulbaire a dû être portée presque à son maximum pour provoquer un phénomène qui, en général, est d'un autre ordre dans la congestion cérébrale. Dans tous les cas, il est regrettable qu'on n'ait pu procéder à l'autopsie, car il est à présumer qu'on eût peût-être rencontré des lésions qui eussent mieux expliqué cette anomalie qu'une simple hypérémie des centres nerveux.

Sans nous aventurer dans le domaine des hypothèses, nous nous bornerons à faire remarquer, en nous appuyant sur ces trois observations, que l'abaissement de la température peut, à part la question de fréquence, coexister avec presque tous les états apoplectiques d'origine cérébrale.

---

# DES INTERVALLES LUCIDES

## CONSIDÉRÉS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA CAPACITÉ CIVILE DES ALIÉNÉS

**Par M. le Dr E. RÉGIS**

Notre ami Mr A. L. Martin a exposé récemment ici les réformes que comporte notre législation en matière d'interdiction des aliénés (1). Tout le monde aura été frappé comme nous, de l'excellence de son système médico-légal qui se rapproche à certains égards du projet de la commission du Sénat, mais qui lui est incontestablement supérieur, en ce qu'il supprime de notre

(1) Voyez *l'Encéphale*, 1887, page 81.

code *l'interdiction des aliénés*, que ce dernier laisse subsister.

L'auteur s'est montré, comme on l'a vu, fort réservé sur la question des *intervalles lucides,* qui lui a semblé appartenir plus particulièrement à l'art médical, et il a bien voulu, pour ce motif, me laisser le soin d'en dire un mot, à la suite de son travail. Il m'était difficile de répondre à cette marque de sympathie autrement que je ne l'ai fait, c'est-à-dire par l'offre entière de ma bonne volonté. C'est donc une courte étude des intervalles lucides, envisagés surtout au point de vue de la capacité civile des aliénés, que je me propose d'esquisser ici.

Je voudrais, avant toute chose, bien délimiter le sujet et préciser ce qu'on doit entendre, en médecine mentale, par « *intervalles lucides* ». Cette explication préliminaire est d'autant moins inutile que de tout temps, depuis Zacchias jusques aux auteurs modernes, la valeur terminologique clinique et médico-légale de ces états n'a cessé d'être discutée, qu'elle l'est plus que jamais encore à l'heure actuelle.

## I

L'expression : « *Intervalle lucide* » qui figure dans le langage juridique depuis plus de vingt-deux siècles, et qui a été successivement adoptée par les magistrats et les médecins légistes, est un *terme générique qui s'applique aux retours temporaires, passagers et plus ou moins complets de la raison chez les aliénés*.

Il existe trois sortes d'intervalles lucides :

1° *La rémission* ou *rémittence, qui consiste dans une simple atténuation des symptômes de la maladie.*

Cette atténuation peut être plus ou moins générale,

plus ou moins profonde, plus ou moins durable ; mais, pour si marquée qu'elle soit, elle ne constitue jamais qu'une amélioration relative, et non pas une suspension complète de l'état morbide. La rémission peut survenir d'une façon accidentelle, isolée, et sans règle fixe, dans la plupart des psychoses, comme la manie, la mélancolie, la folie systématisée essentielle, les folies toxiques, la paralysie générale, et même la démence. Mais c'est dans les folies dites héréditaires qu'on l'observe avec ses véritables caractères, et en particulier dans une variété spéciale de folie généralisée dont elle fait partie constitutive, et qu'on désigne, pour ce motif, sous le nom de folie *rémittente*. Les sujets qui en sont atteints ont des accès répétés de manie ou de mélancolie qui ne diffèrent en rien des autres ; seulement, ils sont reliés entre eux par des périodes pendant lesquellesles symptômes persistent sous une forme atténuée ; de sorte que la maladie est, en réalité, chronique, continue, et constituée par une succession ininterrompue *d'exacerbations* et de *rémissions*. Il n'est pas rare d'observer une certaine régularité dans l'évolution des phases morbides ; ce qui est plus fréquent, c'est de voir les accès aigus se ressembler trait pour trait, et chacune des périodes débuter et finir plus ou moins brusquement, comme cela a lieu souvent dans les folies héréditaires à type périodique.

Un des exemples les plus nets qu'il m'ait été donné de rencontrer de cette forme de folie est le suivant :

Dame de 61 ans, en traitement dans la maison de santé de Castel d'Andorte depuis 1873. Cette dame, intelligente, mais mal équilibrée, fut prise, il y a treize ans, au moment de son âge critique, d'un accès de manie aiguë caractéristique : agitation désordonnée, loquacité incohérente, cris, chants, danses, insomnie, violences, etc... Au bout de trois mois, les symptômes s'apaisèrent ; mais, au lieu de guérir complètement, la malade se maintint dans un état de calme et de lucidité relatif

qui dura également trois mois, et fit place à un nouvel accès, de tous points semblable au premier. Depuis ce moment, les accès aigus et les rémissions se sont tour à tour succédé chez elle, dans le même ordre et avec les mêmes caractères. Ainsi, pour ne pas remonter au delà de l'année actuelle, Mme L... a eu un accès aigu de manie qui a duré du 1er janvier 1886 au 1er mars. Du 1er au 28 avril, elle est restée en état de rémission, et a pu, pendant ce temps, s'occuper de couture, lire, causer, raisonnablement, donner de ses nouvelles à sa famille, etc., tout en conservant, bien entendu, un certain degré de trouble mental. Le 28 avril, un nouvel accès aigu s'est produit qui a duré jusqu'au 25 juin. Du 25 juin au 15 août, période de rémission. Enfin, le 15 août, c'est-à-dire il y a trois jours, la malade a été reprise encore une fois de son accès d'agitation. Ce passage d'une phase à l'autre, chez Mme L..., s'opère d'une façon brusque et rapide, en général, dans l'espace de quarante-huit heures ; d'autre part, ces phases ressemblent, trait pour trait, aux précédentes, et elles durent à peu près deux mois, en moyenne. Quant au degré d'agitation, et de lucidité, il n'est pas toujours absolument le même, et se montre plus ou moins marqué, suivant le cas.

2° *L'intervalle lucide proprement dit, ou moment lucide, est la suppression complète, mais momentanée des symptômes de la folie,*

Ainsi, un maniaque, en plein accès, recouvre subitement la raison ; mais sa lucidité ne dure qu'un jour, que quelques heures, et, aussitôt après, il retombe dans son délire et dans son agitation. Voilà *un moment lucide.* En voici un cas.

Jeune héréditaire qui, entré au mois de décembre 1885, dans la maison de santé, avec tous les symptômes d'une manie aiguë des plus violentes, devint subitement lucide, le 11 janvier suivant, et resta trois jours dans cet état, conscient de lui-même, demandant à s'occuper, et parlant déjà de sa folie comme du passé. J'en étais à me demander s'il ne s'agissait pas là d'un cas exceptionnel de guérison subite, lorsque, brusquement, il retomba dans l'agitation la plus vive, et dès ce moment, son accès reprit son cours, comme s'il n'avait pas été l'objet de cette courte interruption.

Le malade a complètement guéri depuis, et il a été rendu à sa famille le 6 juin, sans avoir présenté à nouveau le même phénomène.

Ces retours passagers de raison qui ont à peine la durée de l'éclair, ont été signalés en dehors de la folie aiguë proprement dite, où ils peuvent apparaître soit au cours même des accès, soit surtout au moment de la convalescence, dans certaines formes chroniques d'aliénation mentale, spécialement aux approches de la mort. Pour ma part, j'ai vu mourir quelques vieux vésaniques, dont l'un, notamment, délirait depuis plus de quarante ans, sans être tombé dans la démence, et, chez tous, j'ai constaté, au moment de la mort, un apaisement plus ou moins grand du délire. Quelques-uns même paraissaient recouvrer, pour un instant, une entière lucidité. J'ai vu également certains déments, et en particulier, plusieurs paralytiques généraux moribonds recouvrer, non pas une raison éteinte (M. Doutrebente a raison de s'étonner qu'on ait pu prétendre le fait), mais une lueur de conscience, et, sous l'empire d'une espèce de réviviscence ultime, reconnaître leur entourage, comprendre le deuil des assistants, rappeler quelques souvenirs anciens, ou faire quelques réflexions sensées.

Sacase (1) rappelle que Walter Scott a décrit avec les vives couleurs de la réalité, un de ces instants dans lesquels un fou, parvenu presque au terme de sa désorganisation morale, peut retrouver ses souvenirs et sa vie intellectuelle tout entière, mais pour les voir lui échapper et s'obscurcir presqu'aussitôt. Or c'est bien là un intervalle lucide.

Le passage de Walter Scott m'a paru offrir assez d'intérêt pour mériter de trouver place ici :

« Je me retirais à pas lents, après avoir placé la taba-
« tière sur la table. L'œil du malade s'y arrêta, comme
« celui d'un enfant se fixe sur un jouet brillant; il appela

(1) Sacase. *De la folie considérée dans ses rapports avec la capacité civile.* Paris, 1851.

« sa nièce, et bégaya quelques questions avec une impa-
« tience puérile. Elle lui répéta plusieurs fois, avec la
« plus grande douceur, qui j'étais, pourquoi j'étais
« venu.... Je me détournai, et j'allais m'éloigner d'une
« scène si pénible, quand le médecin me mit la main
« sur le bras... « Attendez, me dit-il, il se fait un chan-
« gement. »

« Il s'en faisait un effectivement, et un changement
« très marqué. Un faible coloris se répandit sur ses
« joues pâles et malades ; ses traits parurent reprendre
« cet air d'intelligence qui appartient à la vie ; ses yeux
« s'animèrent, ses lèvres devinrent moins livides.
« Quittant l'attitude nonchalante dans laquelle il était
« resté jusqu'alors, il se redressa sur son fauteuil et se
« leva sans le secours de personne. Le docteur et le
« domestique avancèrent pour le soutenir, mais il les
« repoussa et ils se contentèrent de se tenir à portée de
« prévenir tout accident, si les forces qu'il avait recou-
« vrées tout à coup, l'abandonnaient aussi soudaine-
« ment.

« Mon cher Croftangry, me dit-il avec son ancien ton
« d'amitié, je suis charmé de vous voir de retour, vous
« me trouvez dans une pauvre santé ; mais voici ma
« petite-nièce et le docteur qui ont pour moi tous les
« soins possibles. Que Dieu vous protège, mon cher
« ami, nous ne nous reverrons plus que dans un meil-
« leur monde. »

« Je pressai sur mes lèvres la main qu'il me tendait ;
« je la serrai contre mon cœur ; j'aurais voulu me jeter
« à genoux ; mais le docteur, laissant le malade avec sa
« nièce et son domestique qui rapprochaient de lui son
« fauteuil et qui l'aidaient à s'y rasseoir, m'entraîna hors
« de la chambre.

« Mon cher monsieur, me dit-il, vous devez être
« satisfait ; vous avez vu notre pauvre malade plus

« semblable à ce qu'il était jadis qu'il ne l'a été depuis
« plusieurs mois, et qu'il ne le sera peut-être jamais
« avant la fin de sa carrière. Toute la faculté n'aurait
« pu vous promettre cet intervalle lucide. Il faut que je
« voie si je puis en profiter pour améliorer le système
« général de sa santé. Retirez-vous, je vous prie. Ce
« dernier argument me fit partir sur-le-champ, agité
« d'une foule de sentiments, tous plus pénibles les uns
« que les autres. » (*Chron. de la Canongate.*)

Tel est donc l'intervalle lucide proprement dit, auquel je crois, avec Linas et M. Doutrebente, qu'il vaut mieux réserver le nom de *moment lucide*, employé jusqu'ici par quelques auteurs comme synonyme d'intervalle lucide : non seulement parcequ'il permet de dégagerla terminologie si confuse de ces divers états, mais aussi parce qu'il marque très nettement le caractère tout à fait éphémère de ce genre de lucidité.

3° *L'Intermission ou Intermittence,* le plus parfait des intervalles lucides, est *un retour complet à l'état normal, compris entre deux accès de folie.*

Elle diffère donc de la rémission, en ce qu'elle n'est pas une simple atténuation, mais une *disparition* complète des symptômes morbides ; et, du moment lucide, en ce qu'elle n'interrompt pas seulement, comme une lueur momentanée, le cours du même accès, *mais sépare deux accès différents.*

L'intermission se retrouve avec ses caractères les plus nets, dans deux formes particulières d'aliénation mentale, *la Manie intermittente, et la Folie à double forme, d'origine habituellement héréditaire,* comme la plupart des folies à paroxysmes et à répétition. Dans l'une comme dans l'autre, elle peut s'étendre de quelques jours à quelques mois, et même à plusieurs années, en sorte qu'il existe des malades dont la vie oscille constamment entre

des périodes de folie et des périodes de raison plus ou moins étendues. Souvent même les oscillations sont régulières et isochrones comme celles d'un pendule, et chaque période comporte, par exemple, une durée de six mois.

Certaines objections se sont élevées, dans ces derniers temps, contre l'existence de la folie à double forme, et de la folie intermittente.

En ce qui concerne la première, quelques aliénistes ont cru devoir lui contester le titre d'entité morbide, et considèrent simplement l'alternance, avec l'intermittence et la rémittence, comme de simples particularités de la marche de la folie chez les héréditaires. L'idée peut être, à la rigueur, soutenable, bien que la grande majorité des médecins de tous les pays aient définitivement accepté aujourd'hui la folie à double forme comme une maladie distincte. En tout cas, nous n'avons pas à discuter ici cette théorie. Ce n'est là, en effet, qu'une question de doctrine qui ne change rien au fait clinique ; et, quelle que soit l'opinion qu'on s'en fasse, il n'en est pas moins évident pour tous, qu'un certain nombre d'aliénés sont sujets à des crises mélancolico-maniaques successives, séparées fréquemment entre elles par un retour plus ou moins prolongé, à l'état normal.

Quant à la manie intermittente, l'objection qui lui a été faite est plus grave, car elle touche à l'existence même de sa phase d'intermittence, c'est-à-dire au point qui nous occupe le plus particulièrement. Le D[r] Sébastien Mabit, qui a soutenu cette thèse dans un travail intéressant, s'est efforcé d'établir que la manie franchement intermittente, était : « une forme extrêmement rare, « voire même exceptionnelle », car, dans la grande majorité des cas, la prétendue intermission intervallaire aux accès, n'était qu'une simple rémission, pendant laquelle persistaient des symptômes morbides plus ou

moins apparents, mais réels. La plupart des faits considérés comme manie intermittente rentreraient donc, suivant l'auteur, dans ce qu'il a désigné et décrit sous le nom de *manie chronique à forme rémittente.*

L'objection, comme on le voit, est ici capitale, car il est de la plus haute importance, en médecine légale, de savoir si l'on a affaire à un individu en état de rémission, c'est-à-dire encore en partie malade, ou à un individu en état d'intermission, c'est-à-dire entièrement revenu à l'état normal.

Or, tout en reconnaissant avec M. Mabit que certains cas de manie rémittente, à rémission très accentuée, ont pu et peuvent être pris à tort pour des cas de folie intermittente, je crois que cette dernière forme, admise pour ainsi dire de tout temps par les auteurs, est loin d'être exceptionnelle, et qu'elle s'observe, aussi bien d'ailleurs sous la forme mélancolique que sous la forme maniaque, chez un certain nombre de fous héréditaires. Si elle a paru si rare à notre confrère qu'il n'a pu, dit-il, en rencontrer un seul cas, c'est surtout, je crois, parce qu'il a observé dans les asiles de la Seine, où les vésaniques chroniques, pour des causes que chacun sait, sont en effet en très petit nombre. Mais il n'en est plus de même en province, où l'on trouve presque partout des aliénés franchement intermittents; et je suis convaincu que le type de l'héréditaire à accès périodiques, qui passe toute sa vie à osciller de chez lui dans un asile, et de l'asile chez lui, aussi raisonnable dans l'un, qu'il est fou dans l'autre, n'est pas absolument une exception. C'est surtout ce malade qui sentant venir son accès, vient frapper de lui-même à son domicile pathologique, pour solliciter son internement.

Pour ma part j'ai pu, dans ces trois dernières années, observer trois cas de folie intermittente tout à fait typiques et absolument hors de conteste.

L'un est relatif à un homme de 74 ans, non alcoolique, qui est entré dix fois, en vingtc-inq ans, dans la maison de santé, dans un état de manie aiguë simple des mieux caractérisés, et qui en est sorti dix fois *absolument guéri.* A l'heure actuelle, il vit tranquillement dans sa famille, où il se trouve depuis le 24 janvier 1886, terme de son dernier accès, et personne, en le voyant, ne se douterait qu'il a eu, dans son existence, quinze ou seize accès aigus d'aliénation mentale.

Le second a trait à un malade de 42 ans, dont l'organisation a été profondément altérée par une fièvre typhoïde des plus graves, et qui, pris d'un accès de mélancolie aiguë, à la suite de la mort de son père, a eu depuis, trois ou quatre intermittences complètes, et trois ou quatre récidives analogues. En ce qui me concerne, j'ai déjà assisté à deux cycles complets de son mal. Le 1er avril 1883, je l'ai vu brusquement guérir et rester trois mois pleins, jusqu'au 1er août 1883, dans un état absolument normal. Le 1er août, il est retombé dans son état de mélancolie; et il est resté ainsi, halluciné, délirant, porté au suicide, jusqu'au 10 février 1886, c'est-à-dire, pendant deux ans et demi. Actuellement, le voilà, depuis six mois, aussi calme et aussi raisonnable que possible. Il a conscience de sa maladie; il m'a conté et écrit, de la façon la plus judicieuse, toutes les extravagances de son délire; il passe son temps à lire, à se promener, à peindre, comptant sur une sortie prochaine et définitive; bref, il est en pleine période d'intermission.

La dernière malade enfin, la plus intéressante, car c'est celle que j'ai suivie de plus près, est une jeune dame de 29 ans, qui a déjà eu six accès de manie intermittente, dont trois se sont passés sous mes yeux.

Voici, du reste, le relevé exact des dernières phases de sa maladie depuis le début jusqu'à aujourd'hui :

*Premier accès* (4 mois).
Début : 16 juil. 1879; fin : 26 nov. 1879.

*Intermission* (18 mois).
Début : 26 nov. 1879; fin : 20 mai 1881.

*Deuxième accès* (4 mois).
Début : 20 mai 1881; fin 8 sept. 1881.

*Intermission* (4 mois 1/2).
Début : 8 sept. 1881; fin : 28 janv. 1882.

*Troisième accès* (4 mois).
Début : 28 janv. 1882; fin : 1er juin 1882.

*Intermission* (4 mois).
Début : 1er juin 1882; fin : 7 oct. 1882.

*Quatrième accès* (4 mois).
Début : 7 oct. 1882; fin : 7 fév. 1883.

*Intermission* (4 mois 1/2).
Début : 7 fév. 1883; fin : 23 juin 1883.

*Cinquième accès* (9 mois).
Début : 23 juin 1883; fin : 1er avril 1884.

*Intermission* (9 mois 1/2).
Début : 1er avril 1884; fin : 13 fév. 1885.

*Sixième accès* (1 an).
Début : 13 fév. 1885; fin : 17 fév. 1886.

*Intermission.*
Début : 17 fév. 1886; fin :

Total actuel du temps des accès : 37 mois.
Total actuel du temps d'intermission : 44 mois.

Les accès, qui ont tous entre eux la plus grande analogie, sont surtout caractérisés par une agitation désordonnée et un délire de grandeurs bruyant et extravagant.

Quant aux intermittences, elles atteignent absolument la perfection.

J'ai eu l'occasion de voir madame S... dans le monde, pendant ses intervalles de raison, et je puis affirmer, non seulement qu'il ne lui restait pas la moindre trace d'incorrection mentale, malgré ses accès nombreux et prolongés de folie, mais encore qu'elle s'y montrait l'une des personnes les plus intelligentes, les plus gracieuses, les plus distinguées de la société.

Au surplus, pour lever tous les doutes, je crois devoir transcrire ici, un récit de ses crises qu'elle m'écrivait au mois d'avril mil huit cent quatre-vingt-cinq, c'est-à-dire au sortir de son cinquième accès.

Ce document est intéressant à bien des points de vue.

« Puisque je suis par bonheur rentrée en possession de mes facultés, la mémoire, l'intelligence et la volonté, je puis les

faire servir à l'observation de ce que j'ai éprouvé antérieurement. Quand la raison m'abandonne, mon esprit perd la notion du réel, en devenant insensible aux objets et aux personnes qui l'entourent. Ce qui est extérieur ne m'intéresse plus et cesse d'attirer mon attention ; et, pour me servir d'une expression qui puisse rendre mon état mental, un spectacle incessant est mis en mouvement par mon imagination. Je suis sous l'impression de cette surexcitation, au point de marcher presque sans cesse, en n'ayant aucun but, ne regardant pas autour de moi, étant tout absorbée par mon rêve. C'est une variété de scènes qui me fournissent des tableaux tels qu'en souhaiterait un peintre.

Ou bien, je vois des personnages agir, parler, et il me semble être mêlée dans leur histoire; rien n'est omis, pas même les circonstances des lieux. Ces personnages sont des seigneurs, des nobles, que je crois voir revêtus brillamment comme la chevalerie ancienne.

Ou bien encore, je crois assister à ces fêtes somptueuses qui se donnaient dans les palais des rois, à des bals du temps de Louis XIV. Je crois être dans la belle galerie des glaces, dans les appartements royaux que j'ai visités autrefois, là même où, après les fêtes qui se donnaient au dix-septième siècle, on vit entrer le peuple ameuté contre la royauté, commencer la révolution ; puis me vient le souvenir de Marie-Antoinette.

Si je cherche la cause de cette manie des grandeurs, je la trouverais peut-être dans un sentiment de vanité assez naturel à la femme, le goût du beau, et surtout dans la vive impression que m'ont laissée certaines lectures du soir, mémoires de Saint-Simon, etc...

Durant le temps de cette représentation intime qui me porte à négliger le positif et le pratique de la vie, je ne souffre pas, je suis heureuse d'un bonheur imaginaire. Mais, à certains moments, comme un pressentiment du retour à la santé, je veux revenir à la vérité, je sens qu'il me manque quelque chose, et je voudrais revenir à mes habitudes de ménage, tout en craignant de les trouver trop vulgaires ; ce qui est absurde, car lorsque je suis dans l'état ordinaire, j'aime à tenir mes comptes régulièrement. Quand je suis malade, ma tenue extérieure laisse à désirer, malgré mes belles idées de superbes ajustements. Il y a contradiction de l'intérieur à l'extérieur ; il n'y a pas d'enchaînement dans mes idées; je parle peu ou pas, me disant que celles qui m'entourent ne pourraient pas entrer dans mon rêve.

Il est assez remarquable que je perde aussi le sentiment de la durée des jours qui s'écoulent. Les mois passent comme des semaines. Il m'arrive aussi de donner des noms supposés aux

personnes que je vois ou que j'ai connues, c'est-à-dire de changer leur véritable nom pour leur en donner un autre. Ainsi M. le Dr Régis se souvient bien que je l'appelais M. de Saint-Ouen. Ce nom me venait à l'esprit parce que j'ai une amie de couvent dont la gouvernante s'appelait Mlle de Saint Ouen. Et il se faisait qu'en même temps, par analogie de mots, je pensais à la ville de Rouen où se trouve la cathédrale de Saint-Ouen. Je n'avais donc pas complètement perdu le souvenir de mes voyages et de celles que j'aimais. Ainsi, je parlais avec plaisir de la si charmante Mme D... Elle n'était plus pour moi Mme D... Je l'appelais de Lamballe. Cela se trouvait s'accommoder avec ma rêverie historique dont je parlais précédemment, puisque Mme de Lamballe était une dame d'honneur de Marie-Antoinette, et que les écrivains du temps disent qu'elle était blonde.

Je ne croyais plus être dans une maison de santé et ne pensais pas être enfermée comme malade. Ces bâtiments où sont disposés le salon et les chambres me semblaient être les dépendances d'un château.

Mon retour à la réalité s'opère en quelques jours, et aussitôt me reviennent les sentiments du cœur, le souvenir de mon mari, de ma vie d'intérieur, la vie intime de la conscience, mes croyances religieuses. Je voudrais sans plus tarder, revoir mon mari, avoir des nouvelles de ma famille, et aviser aux moyens de sortir de la maison de santé.

Je suis prise d'un ennui profond, et pourtant sans découragement, je me mets résolument à quelques occupations, espérant me guérir en ne restant pas oisive. Quand mes idées deviennent claires et précises et s'appliquent à quelque chose d'utile, et que l'imagination se calme et ne donne plus de corps, de formes vivantes, animées en objectif, alors je redeviens capable d'être maîtresse de moi-même, en mes paroles et en mes actes. Je puis faire observer que, dans mes absences, je ne suis portée à rien faire de nuisible aux autres, à aucun acte qui pourrait être trop répréhensible, à aucun geste déplaisant ou inconvenant. Je conserve assez bon appétit, mais je perds le sommeil la nuit, au moins en partie, tandis que dans le jour, je rêve tout éveillée, debout ou assise.

On dit quelquefois : « la maladie arrive au galop et s'en va lentement et au petit pas ». Pourtant, chez moi, j'observe que si elle arrive brusquement, elle cesse de même assez rapidement. En peu de temps, j'ai retrouvé toutes mes idées et la mémoire des faits antérieurs à ma maladie, des paroles qui m'ont été dites par les personnes quand j'étais bien et en rapport avec elles. Je sais aussi ce que j'ai dit ou fait, étant malade ; mais je n'y arrête pas mon esprit, et je tâche de remplacer mes idées par d'autres, quand je m'aperçois qu'elles vont errer.

La fantasmagorie de l'imagination, ayant cessé, me permet de juger, de comprendre, de prêter attention à ce qui se passe, ou à ce que je dois faire, comme par le passé.

Mais je crains que de tous ces accès consécutifs (avec intervalles plus ou moins éloignés), il ne soit résulté, sans que je m'en doute, une déperdition de mes facultés. Si pourtant, j'avais assez de ce que je retrouve, pour qu'il y ait des chances de guérison, j'en serais satisfaite, ou, pour mieux dire, je m'en contenterais.

Peut-être qu'à force de volonté, de patience, et de précautions dans l'avenir, je pourrais me mettre à l'abri de ces détresses, et parvenir à empêcher les rechutes. Jamais je ne perds l'espoir de ceci.

Pour ce qui est de l'état physique qui est en relation avec l'état moral, il est ordinaire que je soie plus maigre en maladie qu'en santé, puisque je tends à engraisser dès que je suis en voie de guérison.

Il s'opère un changement en bien ou en mal, quelquefois au moment des époques.

C'est à peu près tout ce que je puis relater pour donner une idée exacte de ce que j'éprouve, étant malade, et lors du retour à un état normal. »

Un tel écrit me dispense d'insister plus longuement sur la réalité des intermittences vraies dans l'aliénation mentale, et il vaut, à lui seul, la meilleure des dissertations. Le cas n'est pas unique d'ailleurs, et différents auteurs en ont cité qui ne sont pas, non plus, contestables.

La folie intermittente existe donc. Et non seulement elle existe, mais encore elle est loin d'être rare, comme on l'a prétendu à tort.

On peut distinguer facilement l'une de l'autre, dans la pratique, la folie intermittente et la folie rémittente, car la rémission et l'intermission ne se ressemblent guère entre elles. Au premier abord, il semble que ces deux états ne soient séparés que par des simples nuances du plus au moins; mais, en réalité, ils diffèrent du tout au tout, et jusque dans leur nature même. La rémission, en effet, est toujours, et quoiqu'on fasse, un état morbide; l'intermission, au contraire, l'état normal. C'est dire

assez que, dans la première, alors même qu'elle est très marquée, on voit persister des troubles intellectuels, physiques et moraux, tels qu'idées fixes et déraisonnables, incorrection d'esprit et de jugement, mobilité et absurdité dans les projets, irritabilité, perversions affectives et instinctives, excitation générale ou dépression etc., qui suffisent à lever tous les doutes, et auxquels se joignent même des traces encore évidentes de délire, lorsque la rémission est plus légère. Dans l'intermission, au contraire, les idées sont nettes et précises, le jugement sain, les sentiments naturels, l'activité normale. On peut objecter, il est vrai, que la folie intermittente, survenant presque toujours chez des héréditaires, il est douteux que ces sujets puissent jamais, dans l'intervalle de leurs accès, atteindre l'état normal. Or rien n'est plus faux que cette présomption ; car les héréditaires ont leur état normal, ou plutôt, leur état physiologique, comme tout le monde. Qui dit *héréditaire*, d'ailleurs, ne dit pas *dégénéré* ; et il semble précisément que la catégorie des intermittents soit placée à un degré moins bas, dans l'échelle des dégénérescences, que les sujets atteints de folie dite raisonnante, ou que ceux qui peuplent ce vaste ensemble de psychopathies à fond dégénératif que les Allemands et surtout les Italiens ont si bien décrits dans ces derniers temps sous le nom de *Paranoia*.

Enfin, la plupart des intermittents ne sont jamais plus intelligents, plus pondérés, plus sains d'esprit et de cœur, qu'au sortir de leurs accès ; comme si c'était là pour eux un dérivatif nécessaire ; comme si chaque décharge de folie épuisait, pour un temps plus ou moins long, l'influence morbide de leur prédisposition.

Des considérations cliniques qui précédent, on peut tirer, en résumé, les conclusions suivantes :

On désigne, en médecine mentale, sous le nom générique *d'intervalles lucides, l'ensemble des retours temporaires, passagers, et plus ou moins complets de la raison chez les aliénés.*

Il existe trois sortes d'intervalles lucides :

1° La *Rémission* ou *Rémittence*, qui consiste dans une *atténuation plus moins marquée des symptômes de la maladie.* La rémission peut s'observer d'une façon accidentelle dans la plupart des formes de folie. Dans les folies systématisées primitives, dont l'essence est chronique et progressive, elle n'est jamais que passagère et peu accentuée; dans les folies généralisées, au contraire, qu'elles soient simples ou symptomatiques, elle s'observe fréquemment d'une façon très nette et parfois même régulière (folie rémittente). Une mention spéciale doit être faite pour la paralysie générale, dans laquelle la rémission ne porte guère, comme on le sait, que sur la folie surajoutée, et ne peut rien sur la démence paralytique, lorsque déjà elle existe.

2° *Le Moment lucide est la suspension complète, mais momentanée, des symptômes de la folie.* Il peut se montrer dans les folies généralisées, soit dans le cours de l'accès, ce qui est rare, soit plutôt au moment du déclin, et, d'une façon générale, dans toutes les formes de folie et même dans les états de démence, aux approches de la mort.

3° *L'Intermission ou Intermittence*, le plus important des états de lucidité, au point de vue de la médecine légale, est *un retour complet à l'état normal, compris entre deux accès de folie.* Elle s'observe exclusivement dans les folies généralisées, manie et mélancolie, et particulièrement chez un certain nombre d'héréditaires, chez lesquels elle alterne avec l'état morbide, de façon à constituer une folie intermittente ou une folie à double forme plus ou moins régulière. Ces aliénés, dans leur

période d'intermission, doivent être considérés comme étant dans leur véritable état normal.

La plupart des considérations que je viens d'émettre sur les intervalles lucides, et notamment la distinction entre la *rémission* et *l'intermission*, ne sont pas nouvelles, et on les trouve développées d'une façon plus ou moins analogues dans un certain nombre d'écrits tant anciens que modernes, comme la législation romaine et le code de Justinien, l'admirable ouvrage de Paul Zacchias, les œuvres de D'Aguesseau, et, plus près de nous, dans les travaux de Fodéré, Marc, J. P. Falret, Foville fils, Sacase, Legrand du Saulle, Linas, Doutrebente, etc., etc. J'aurai du reste occasion de reparler de ces auteurs dans le cours de la partie médico-légale de cette étude, que je vais maintenant aborder.

## II

L'article 489 du Code civil, qui constitue la base de notre organisation en matière de capacité des aliénés, est ainsi conçu : *Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides.* »

Il résulte très nettement des dispositions de cet article que l'existence d'intervalles lucides dans la folie n'est pas un obstacle à l'interdiction. Quant au terme « intervalles lucides », il s'applique évidemment, dans l'espèce, à tous les états de lucidité. Les auteurs sont d'accord sur ce point. « Comment, dit Linas, doit-on entendre ici les intervalles lucides ? Faut-il les prendre dans leur acception la plus étroite ou dans leur signification la plus large ? Bien que la loi ne s'explique pas à cet égard, nul doute qu'il ne soit parfaitement conforme à son esprit de donner aux intervalles lucides leur sens le plus

étendu, en y comprenant non seulement les moments lucides proprement dits, mais encore les rémissions et les intermittences (1). »

Si les intervalles lucides, quels qu'ils soient, sont soumis à l'interdiction, ils sont, par cela même, frappés d'incapacité. L'art. 502 du Code civil dit en effet : « *L'interdiction ou la nomination du conseil aura son effet du jour du jugement. Tous les actes passés postérieurement par l'interdit ou sans l'assistance de son conseil, seront nuls de droit.* » Il suffit donc qu'un aliéné soit interdit pour qu'à dater de ce jour tous ses actes soient inexistants. Les intervalles lucides qu'il peut avoir ne changent rien à cette situation.

Pas n'est besoin d'insister pour établir qu'une conclusion aussi rigoureuse est peu conforme aux données de la science. Ce que nous avons dit du retour absolu de la raison dans certains états de lucidité, suffit à le démontrer. En opposition avec la théorie, la législation ne pouvait être qu'en désaccord avec la pratique, et c'est ce qui a lieu. Jamais, en effet, les intervalles lucides n'ont été l'objet de plus de contestations et de plus de débats judiciaires, que depuis que le code a cessé d'en tenir compte en les soumettant à l'interdiction.

Telle est, d'ailleurs, l'imperfection du régime établi à cet égard, que la loi elle-même n'a pu s'empêcher, semble-t-il, de se contredire. C'est ainsi que l'art. 504 porte qu' « *après la mort d'un individu, les actes par lui faits ne pourront être attaqués pour cause de démence qu'autant que son interdiction aura été prononcée ou provoquée avant son décès : à moins que la preuve de la démence ne résulte de l'acte même qui est attaqué.* » Or, d'après l'art. 502, nous l'avons vu, tous les actes passés postérieurement par un interdit sont nuls de droit; comment dès lors,

(1) Linas. Art. *Lucidité* du Dict. encyclop. des sciences médicales.

peuvent-ils être attaqués, c'est-à-dire donner lieu à un procès dont l'issue n'est rien moins que certaine? Il est vrai que certains juristes soutiennent que *nul de droit* équivaut ici à *annulable*, mais je ne saurais, pour ma part, admettre cette interprétation, car les deux termes ont une signification bien différente. De même, l'art. 901 dit que «*pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit*». Or, il est incontestable qu'un aliéné en état d'intermittence est sain d'esprit, et par conséquent, qu'il peut tester. Cependant, s'il est interdit, son testament est frappé d'avance de nullité, toujours en vertu de l'art. 502. N'y a-t-il pas là une véritable contradiction?

Si la loi semble en désaccord avec elle-même, sur la valeur des intervalles lucides, ce désaccord s'accentue davantage encore chez ses interprètes et ses commentateurs. Ainsi Grenier, Toullier, Duranton, soutiennent énergiquement l'application de l'art. 502, qui annule tous les actes passés après l'interdiction. Legrand du Saulle et Linas admettent aussi qu'il résulte clairement de l'art. 489, que tout acte fait pendant l'interdiction est réputé fait en temps d'incapacité, qu'il y ait ou non intervalle lucide. Sacase conclut de même : « Quoi, dit-il, le malheureux qui, un moment, a ressaisi son existence morale, qui se connaît sain d'esprit, que la science déclare tel, sera pendant cette courte et bienfaisante trêve que la nature lui accorde, inhabile à souscrire un acte qui aurait peut-être amélioré son sort ! Ce n'est que trop manifeste. Mais du moins, cette présomption d'incapacité, dont il subit le poids, ne devrait-elle pas fléchir quand il s'agira d'un acte dans lequel son consentement ne peut être suppléé, et lui sera-t-il défendu de dicter ses dernières volontés? La conséquence, quelque cruelle qu'elle paraisse, est la même; et quand Merlin a soutenu qu'on peut valider le testament de l'interdit fait dans un

moment lucide, il s'est mis en opposition avec presque tous les interprètes du Code civil, et il n'a peut-être abouti, en définitive, qu'à diriger contre un principe rigoureux, mais certain, les efforts d'une logique impuissante (1). M. Fusier, enfin, dans un travail récent, admet l'incapacité absolue des aliénés interdits, même pendant les intervalles lucides, et ne reconnaît de valeur possible à ces états que lorsque l'interdiction n'a pas été prononcée (2).

D'autres auteurs, et non des moins compétents, soutiennent l'opinion contraire. Tels, par exemple, Furgole et Merlin. « Sans doute, dit ce dernier, l'interdiction, en constatant que l'individu qu'elle frappe n'est pas sain d'esprit, constate, par cela seul, qu'il est incapable de tester; mais elle n'est pas la cause efficiente de cette incapacité. Dès que pour déclarer un furieux ou un homme en démence incapable de tester, n'importe qu'il soit interdit ou non, l'on est obligé de recourir à l'art. 901 du Code civil, il faut bien aussi que l'on s'y tienne, pour déterminer les limites de cette incapacité ; or, l'interdiction ne peut pas empêcher que l'individu n'ait des intervalles lucides ni, par conséquent, qu'il ne soit sain d'esprit pendant ces intervalles ; elle ne peut donc pas l'empêcher de tester (3). Dalloz se range à l'opinion de Merlin, et cite deux arrêts des 11 mai 1703 et 10 juin 1704 qui ont jugé que l'interdit pouvait tester d'une façon valable pendant les intervalles lucides. Marc reproduit la remarquable dissertation de d'Aguesseau sur le retour de la capacité dans l'intermittence vraie, et en adopte les conclusions (4). Le Dr Doutrebente est du

(1) Sacase. De la folie considérée dans ses rapports avec la capacité civile. Paris, 1851.

(2) René Fusier. De la capacité juridique des aliénés et de leur liberté individuelle. Thèse de doct. en droit. Grenoble, 1886.

(3) Merlin. Repert. V. Testament, sect. I, § I, art. I, n° 3.

(4) Marc. De la folie considérée dans ses rapports médico-judiciaires. T. II, p. 500. Paris, 1840.

même avis. « Les actes civils, dit-il, tels que donations et testaments, accomplis pendant une période d'intermission de longue durée, doivent être valables. Il paraît regrettable, en effet, d'invalider le testament d'un homme qui, au moment où il a testé, était sain d'esprit. » Et plus loin, M. Doutrebente ajoute : « De tout ce qui précède, il est facile de conclure que, pendant l'intermission, le fou intermittent peut et doit être assimilé à un aliéné guéri ou à l'homme sain de corps et d'esprit, et que, par conséquent, il possède la capacité civile et la responsabilité de ses actes (1) ». M. J. Falret, enfin, professe nettement la même opinion, quand il dit : « Une intermittence vraie est en réalité une guérison temporaire ou momentanée. On doit dès lors lui appliquer la règle appliquable à la guérison même, c'est-à-dire considérer l'individu qui se trouve dans cet état comme jouissant de toute sa raison, partant de toute sa responsabilité légale et de sa capacité civile (2). »

Comme je le disais et comme on le voit, l'accord est loin d'être établi sur la question, et si véritablement la loi a voulu couper court aux difficultés en procédant comme elle l'a fait, on peut dire, sans être taxé d'exagération, que ses espérances ont été trompées. Il résulte en effet des dispositions qu'elle a édictées cette contradiction flagrante que, d'une part, elle applique l'interdiction aux intervalles lucides, annulant ainsi par avance tous les actes accomplis pendant ces états, et que, d'autre part, elle admet dans certains cas, la validité de ces actes. On ne saurait imaginer situation légale moins nette en théorie et plus embarrassante dans la pratique.

Ce point constaté, voyons ce qu'étaient les législations

(1) Doutrebente. Étude médico-légale sur les intermissions, les intervalles lucides et les rémissions dans les maladies mentales. Blois, 1883.

(2) J. Falret. Art. *Responsabilité* du Dict. encyclop. des sciences médicales.

anciennes sur la matière, et si elles présentaient les mêmes inconvénients et les mêmes contradictions.

Droit romain. — A Rome, le fou, à la différence du prodigue, ne subissait pas d'interdiction, et n'encourait d'autre incapacité que celle qui provenait du fait même de sa maladie. En recouvrant le libre exercice de sa raison, il recouvrait en même temps sa capacité pleine et entière. Ce retour de la capacité se reproduisait par conséquent non seulement par le fait de la guérison définitive, mais aussi par le fait de la guérison temporaire, c'est-à-dire des intervalles lucides.

On avait déjà observé, en effet, dans l'antiquité médicale, que souvent la folie est sujette à des intermittences. Le législateur ancien savait même que toutes les espèces de folies ne sont pas douées du type intermittent, et qu'il y en a dont la continuité est le caractère irrémissible et fatal. « Furor alius est perpetuus; alter habet *intervalla.* » Il n'était pas enfin jusqu'aux variétés cliniques des intervalles lucides qui ne fussent connues, et on distinguait nettement, parmi ces états (dilucida intervalla) les intermittences vraies ou intermissions (intervalla perfectissima).

Quoi qu'il en soit, il était reçu en droit romain que lorsque la folie était interrompue par un intervalle lucide réel, l'aliéné recouvrait sa capacité civile, et que les actes consentis par lui pendant la trêve de sa maladie, *in suis induciis*, avaient la même efficacité que si l'aliénation d'esprit n'avait jamais existé (1). Plusieurs textes de loi ne laissent aucun doute à cet égard. Je me contenterai de citer le suivant, dont la signification est des plus précises. « *Emptionem et venditionem consensum desiderare, nec furiosi ullum esse consensum, manifestum est. Intermissionis autem tempore furiosos majores vigen-*

1) Sacase. (*Loc. cit.* p. 97.)

*ti quinque annis venditiones nec alios quoslibet contractus posse facere non ambigitur* (1). »

La curatelle devait donc cesser de plein droit à chaque intervalle lucide, sauf à recommencer de même, avec le retour de la folie. Justinien eut le mérite de préciser sur ce point la législation ; les prescriptions qu'il a formulées méritent d'être rapportées en détail, car elles sont de la plus haute importance dans l'objet de notre étude.

« Il arrive, dit Justinien, que parmi les furieux, les uns ne sont pas abandonnés un seul instant par la maladie, tandis qu'elle laisse à d'autres quelque relâche et des intervalles lucides à certaines époques. Parmi ces derniers, il existe même une grande différence, provenant de ce que, courts chez les uns, ces intervalles sont plus longs chez les autres. Sur ce point, les anciens se demandaient, perplexes, si le curateur cessait d'être tel par l'effet du recouvrement temporaire de la raison, ou si, en conséquence d'une nouvelle invasion de la fureur, il était de droit réintégré dans ses fonctions. C'est pourquoi, voulant éclaircir ce doute, et considérant combien il est difficile, sinon même impossible de connaître à l'égard des furieux, s'ils auront un long ou un court intervalle lucide, attendu que plusieurs restent longtemps dans cet état équivoque, et que même chez quelques-uns la fureur paraît presque guérie, nous ordonnons que le curateur ne cesse point d'être tel par l'effet de ces intervalles, mais qu'il demeure curateur pendant toute la vie du furieux, cette maladie étant presque toujours incurable. Toutefois nous ordonnons aussi que, pendant les intervalles parfaitement lucides (per intervalla quæ perfectissima sunt), le curateur suspende ses fonctions, et que le furieux puisse accepter

(1) L. II, C. De contract. empt. et vend., IV, 38.

une hérédité et faire toutes les affaires qu'un homme de bon-sens peut faire (quæ sanis hominibus competunt). Que si d'aventure, étant prêt à conclure une affaire, la fureur vient tout à coup à le reprendre, le curateur doit intervenir dans le contrat et dans toutes les affaires du furieux qui auront lieu pendant qu'il sera dominé par la maladie. Nous avons décidé ces dispositions, afin que le curateur ne cesse pas si fréquemment d'être tel, pour être peu de temps après nommé de nouveau, ce qui serait ridicule (ne crebra vel quasi ludibriosa fiat curatoris creatio) (1).

On ne peut s'empêcher, à la lecture de ce document, de constater à quel degré de haute perfection était arrivée la législation romaine en ce qui concerne les aliénés. Partant de ce principe essentiellement juste, que l'incapacité du fou résulte non d'une mesure légale, mais de sa folie même, elle n'avait eu garde de le soumettre à l'interdiction, et avait expressément subordonné la curatelle dont il était pourvu à son état mental.

Tant que durait la folie, la curatelle persistait ; du jour où la folie cessait, la curatelle était suspendue. C'est ainsi que, logique avec elle-même et avec la science, elle reconnaissait la capacité de l'aliéné durant les intermittences vraies (intervalla perfectissima); et comme, dans ce cas, la nomination d'un curateur nouveau à chaque rechute eut occasionné des complications et des difficultés, Justinien, par une mesure aussi sage que prévoyante, avait décrété que le curateur cesserait seulement ses fonctions pendant les intermittences, mais serait maintenu nominativement. Comme on le voit tout était prévu, tout était réglé d'une façon parfaite. Le seul point sur lequel nous ne soyons pas fixés, c'est celui de savoir à qui incombait le soin de déterminer l'espèce

(1) Code, liv. V, tit. LXX, loi 6 (trad. de Semelaigne in : Etudes historiques sur l'aliénation mentale dans l'antiquité. Paris, 1869).

d'intervalle lucide auquel on avait affaire, mais il paraît impossible que le médecin fût laissé de côté dans une question de ce genre. La perfection même de la loi indique assez à quel niveau devait s'être élevée la science qui en avait été forcément l'inspiratrice, et la nécessité qui s'imposait, par conséquent, de recourir, au moins dans les cas difficiles, aux lumières de ses représentants.

Telle était donc la législation romaine relativement aux intervalles lucides. Examinons maintenant quelle situation l'ancien droit français faisait à ces états.

ANCIEN DROIT. — A dater du XIII[e] siècle, les insensés étaient soumis à un régime légal exactement calqué sur la législation romaine. Toutes les dispositions relatives à l'interdiction, à la curatelle, à l'incapacité civile des fous et des prodigues, se trouvent très amplement exposées dans les leçons et les ouvrages des jurisconsultes du moyen âge depuis Irnerius et Barthole (1100-1325), jusqu'à Alciat et Cujas (1500-1550), en même temps qu'elles étaient sanctionnées et appliquées par les cours et tribunaux de haute et basse justice. On peut s'en convaincre en parcourant les vieux registres du parlement de Paris, connus sous le nom d'*Olim*. Ce curieux recueil, qui comprend les règnes de saint Louis, Philippe le Hardi, Philippe le Bel, Louis le Hutin et Philippe le Long (1254-1318), renferme un assez grand nombre d'enquêtes, de jugements et d'arrêts prononçant ou confirmant l'interdiction, annulant les actes et contrats des personnes atteintes de différentes formes d'aliénation mentale et désignées sous les noms de *stulti, fatui, idiotæ, prodigi, dissipatores* (1).

Au moyen âge donc, les notions médicales sur la folie et les prescriptions légales qui lui étaient applicables

(1) Linas. Art. *Aliénés* (médecine légale) du Dict. encyclop. des sciences médicales.

étaient, à peu de chose près, les mêmes que chez les Romains. Un fait historique important prouve d'ailleurs que pendant les intervalles lucides, l'aliéné recouvrait complètement sa capacité civile, c'est l'exemple du roi Charles VI. Ce malheureux souverain fut, comme on le sait, prédisposé de bonne heure aux troubles intellectuels, héréditaires dans sa famille. Sa folie, guérie d'abord, reparut ensuite sous l'influence de divers accidents, et finit enfin par prendre tous les caractères d'une manie périodique ou intermittente, qui dégénéra en démence et causa sa mort en 1422, à l'âge de 52 ans (1). La maladie avait duré 29 ans. Or pendant la maladie de Charles VI, dès qu'apparaissait un intervalle lucide, le conseil de régence était suspendu. En revenant ainsi à la santé, et en ressaisissant l'autorité, le roi apaisait les discordes qui déchiraient sa famille, réparait bien des malheurs et relevait l'État que les désastres de l'époque entraînaient vers l'abîme (2).

On ne saurait citer d'exemple plus concluant en faveur du retour de la raison, et par suite du retour de la capacité dans les intermissions.

Au XVI[e] et surtout au XVII[e] siècles, les notions sur la folie s'étendent et se perfectionnent. De toutes parts, les jurisconsultes et les médecins abordent l'étude de ce difficile problème, et la médecine légale des aliénés prend un essor remarquable.

Le plus célèbre de tous ces savants, *Paul Zacchias*, a consacré dans son admirable ouvrage un chapitre particulier aux intervalles lucides (3). Après avoir indiqué les diverses variétés d'intervalles lucides, qui sont les

(1) Bird. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiâtrie. 1848.)

(2) Legrand du Saulle. Traité de médecine légale, p. 705. Paris, 1886.

(3) Pauli Zacchiæ, Quæstionum medico-legalium tomi tres. Lib. II, tit. I, quæst. XXI. Francofurti, 1688.

uns *manifestissima ac vera*, les autres *obscura et apparentia* (tales enim *remittere* potius dici possunt quam *intermittere*), il énumère les différentes formes de folie dans lesquelles les intervalles lucides peuvent se rencontrer avec tels ou tels caractères, et résume enfin ainsi qu'il suit les conséquences de ces états.

« Itaque ii qui manifesta habent dilucida intervalla, in plerisque, ut sani habendi, si modo nonnulla excipias, de quibus in singulis questionibus egimus, quod tam in præjudicialibus quam in favorabilibus locum habebit : in favorabilibus enim exempli gratia patet, quod tales testari possunt ; in præjudicialibus autem, quia non excusantur a pœnâ, si delinquant (Gaball, Resolut. crim., cent. 2, cas. 297, num, 38). At ii qui tantum remissiones, non intermissiones, dementiæ habent, ex meâ sententiâ, ut insani judicandi, si modo paucula quædam excipiamus, quæ non omnino mentem sanam requirunt.

Quomodo tandem cognosci possit an actus a demente factus, qui dilucida habet intervalla, sit tempore intermissæ dementiæ celebratus, docet Alexand. (Consil. 141, num. 8, vol. I ; et Menoch, de Arbit. jud. lib. II, cas. 5, 28 ; et vide ad hoc Mascard., de Probat. concl. 39, vol. I, per. tot.). Ac facile patet ex qualitate ipsorum actuum, nisi sanæ menti conveniunt, sanum hominem denotant, et actus dilucidis intervalli facti præsumunt. »

L'opinion de Zacchias, conforme à la théorie romaine, se réduisait donc, comme on le voit, aux deux formules suivantes : 1° Les fous, pendant les intermittences vraies, doivent être considérés et traités comme sains d'esprit (ut sani habendi) ; ceux, au contraire, qui ont, non des intermissions mais de simples rémissions (qui tantum remissiones, non intermissiones dementiæ habent), doivent être regardés et traités comme fous (ut insani judicandi). 2° Quant aux moyens de reconnaitre si un acte émanant d'un aliéné avait été fait ou non durant un

intervalle lucide, Zacchias, d'accord avec les principaux juristes de cette époque, les trouvait dans les qualités même de l'acte (ex qualitate ipsorum actorum).

J'ai voulu essayer de remonter aux auteurs dont parle Zacchias dans son paragraphe relatif aux intervalles lucides, et grâce à de patientes recherches, grâce surtout à l'obligeance de mon distingué ami M. Charles Mortet, bibliothécaire de l'Université, et auteur lui-même d'une remarquable thèse de doctorat en droit sur la *nullité des contrats*, qui se rapporte sur quelques points à notre sujet, j'ai pu réunir quelques documents qui offrent un certain intérêt, notamment l'opinion de Menochius (J.), de Petrus Caballus, de Mascardus, d'Alexander Tartagni et de J.-B. de Luca. Tous sont unanimes à admettre le retour de la capacité et de la responsabilité pendant les intervalles lucides; tous également se basent sur la qualité de l'acte, pour juger s'il a été fait en temps de folie ou de raison. « Si un acte pris en lui-même, dit Mascardus, *apparet more sapientis factus, præsumitur factus tempore sanæ mentis ;* s'il contient des marques de folie (aliquam stultitiam), il est présumé fait *tempore furoris.* Je me bornerai à traduire un fait vraiment curieux, relaté par Alexander Tartagni, et qui donnera une idée exacte de la façon dont ces principes étaient suivis dans la pratique.

« S'il est douteux qu'un individu ait été fou au moment de la confection de l'acte, et s'il est prouvé qu'il est sujet à des intervalles lucides, on doit examiner la qualité du testament. S'il est tel qu'il soit conforme dans toutes ses parties aux dispositions de tout homme raisonnable, il doit être considéré comme émanant d'un homme sain d'esprit ; s'il porte dans quelqu'une de ses parties une disposition ne convenant pas à un homme sain d'esprit et raisonnable, il est présumé n'avoir pas été fait en temps de raison. C'est ainsi que, concurrem-

ment avec sa folie antérieure, plusieurs conjectures montrent que le testament fait au moment de sa mort, par Jacobus, n'émane pas d'un homme raisonnable et sain d'esprit, ainsi que je le prouverai : donc le testament est nul. Ces conjectures sont les suivantes : 1° dans son testament, Jacobus laisse à Bonantinius de Bozagine, une hypothèque que son père lui avait défendu par testament d'aliéner, sous peine de privation, voulant que cette hypothèque demeurât avec les autres immeubles, à ses enfants et à ses petits-enfants. Cette défense tient toujours; donc en faisant un tel legs à Bonantinius, Jacobus tombait sous le coup prévu de la privation. L'acte est donc celui d'un dissipateur, et il montre que son auteur n'était pas sain d'esprit. » (Suivent deux autres preuves.)

La doctrine en était là, lorsque en 1698 s'offrit pour un grand magistrat l'occasion d'approfondir, devant le Parlement de Paris, cette matière fertile en difficultés (1). Le remarquable passage du plaidoyer de d'Aguesseau où il developpe ce qui a trait aux intervalles lucides, a été plusieurs fois cité, notamment par Marc, par Sacase, par Doutrebente ; toutefois, en raison de son importance, il me parait avoir ici sa place marquée.

« Deux conditions, dit d'Aguesseau, nous découvrent la véritable nature de l'intervalle lucide.

« L'une est la *nature* de l'intervalle, l'autre sa *durée*. Sa *nature*. Il faut que ce ne soit pas une tranquillité superficielle, une ombre de repos (adumbrata quies), mais au contraire une tranquillité profonde, un repos véritable; il faut, pour nous exprimer autrement, que ce soit, non une simple lueur de raison qui ne sert qu'à mieux faire sentir son absence, aussitôt qu'elle est dissipée, non un

(1) D'Aguesseau. Œuvres. (Plaidoyer prononcé en 1698 devant le Parlement de Paris, dans le procès entre le prince de Conti et madame de Nemours, à propos du testament de l'abbé d'Orléans.)

éclair qui perce les ténèbres pour les rendre ensuite plus sombres et plus épaisses, non un crépuscule qui joint le jour à la nuit, mais une lumière parfaite, un éclat vif et continu, un jour plein et entier qui sépare deux nuits, c'est à dire la fureur qui précède et la fureur qui suit. Enfin, sans chercher tant d'images pour rendre notre pensée, il faut que ce soit, non pas une simple diminution, une *rémission* du mal, mais une espèce de guérison passagère, une *intermission* si clairement marquée, qu'elle soit entièrement semblable au retour de la santé. Voilà ce qui regarde sa *nature*. Et comme il est impossible de juger en un moment de la qualité de l'intervalle, il faut qu'il dure assez longtemps pour pouvoir donner une entière certitude du rétablissement passager de la raison, et c'est ce qu'il n'est pas possible de définir en général et qui dépend des différents genres de fureur. Mais il est toujours certain qu'il faut un temps considérable. Voilà ce qui concerne sa *durée*. Puis, se résumant, d'Aguesseau ajoute : « Vous voyez ce que c'est qu'un intervalle lucide. Sa nature est un calme réel, non apparent ; sa durée doit être assez longue pour pouvoir juger de sa nature. Rien de plus distinct qu'une action de sagesse et un intervalle lucide. L'une est un acte, l'autre un état, L'acte de sagesse peut subsister avec l'habitude de démence ; autrement on ne pourrait jamais prouver la folie. »

Cent ans après, un célèbre médecin, le rénovateur de la médecine légale en France, Emmanuel Foderé, développe, en la précisant, une théorie analogue (1).

« Le délire périodique met nécessairement celui qui en est affecté dans un cas d'interdiction ; car si cela n'était pas, l'homme pourrait faire un abus funeste de sa liberté pendant la durée des paroxysmes, ce qui est con-

(1) Foderé François-Emmanuel. (Les lois éclairées par les sciences physiques, ou Traité de médecine légale et d'hygiène publique, an VI.)

traire à l'esprit de la loi ; elle lui donne donc un tuteur, mais qui ne doit exercer son autorité que quand l'individu n'est plus maître de sa volonté. En effet, l'homme se touvant, dans l'intervalle des paroxysmes, jouir de toute sa raison, pourquoi serait-il censé incapable de gérer ses affaires ? Il y a seulement une précaution à prendre pour la validité des actes ; elle consiste dans une enquête par laquelle les médecins et ceux qui assistent le malade, certifient que lorsque l'acte s'est passé, il se trouvait en plein exercice de sa raison, et à une époque également éloignée de l'approche du paroxysme comme de sa terminaison. »

Plus tard, dans la deuxième édition de son ouvrage (1), Foderé revient à plusieurs reprises sur ce sujet et dit notamment : « Relativement aux effets civils, les individus dont la folie est seulement périodique, doivent être considérés comme les épileptiques que l'on n'a jamais pensé à interdire. Les uns et les autres, en effet, conservent leur raison dans les intervalles, et il ne leur reste aucune idée de leur situation durant l'accès. Seulement, les aliénés ont besoin d'un conseil, tant pour la gestion et l'administration de leurs biens, que pour les surveiller avant, durant et après les paroxysmes, époques où leur raison est altérée ; et ce besoin est d'autant plus urgent, qu'une partie de leur vie est perdue, et qu'ils ne peuvent mesurer le temps comme les autres hommes.

Mais en admettant qu'un simple conseil peut suffire dans le délire intermittent, parce que l'interdiction complète est quelque chose de trop dur, j'entends en même temps qu'il faut distinguer parmi les intervalles de raison, ceux qui sont parfaitement lucides d'avec ceux qui ne le sont pas, *lux perfecta* et *miculum lucis*, *lucula;* et même dans les intervalles lucides, l'on ne doit pas

(1) Foderé. Traité du Délire. 1811.

trop se fier à ce retour apparent de la raison, lorsqu'il s'agit de manies sanguinaires. La longueur de l'intervalle établit la présomption en faveur de la raison, et plus les intervalles sont courts, moins cette présomption est favorable, jusqu'à l'intervalle qui ne produit qu'une simple rémission, laquelle doit être comptée pour rien, et laisse l'aliéné dans la catégorie des fous continus, et par conséquent dans le cas de l'interdiction la plus absolue. A la longueur des intervalles, on ajoute le mérite intrinsèque des actes passés dans ces intervalles, lesquels, s'ils sont conformes à la raison, sont censés de leur nature appartenir à un homme sain d'esprit, et réciproquement. »

C'est à ce moment qu'intervint le Code civil et la législation sur les intervalles lucides que nous avons examinée plus haut.

Il ressort, en somme, de ce long historique, que depuis l'antiquité la plus reculée jusqu'au siècle actuel, la capacité et la responsabilité des aliénés ont été admises pendant les intermittences réelles, et que tous les auteurs qui se sont succédé, ont soutenu cette manière de voir, absolument conforme aux données de la science. Il en ressort également que la législation relative aux intervalles lucides n'a jamais été plus complète qu'à l'époque romaine, où ces états furent l'objet d'une réglementation aussi logique que prévoyante.

En modifiant cet état de choses, en n'établissant aucune distinction entre les intervalles lucides, en les soumettant tous enfin à une interdiction et à une incapacité permanentes, le Code civil s'est donc mis en opposition non seulement avec les enseignements de la médecine et les exigences de la pratique, mais encore avec les traditions de tous les temps et de tous les lieux. On pourrait ajouter même que la plupart des législations existantes sur la matière sont moins rigoureuses que la

nôtre, et que quelques-unes, comme la législation prussienne, par exemple, admettent la validité de certains actes accomplis pendant une période passagère de raison (1).

La logique scientifique, la justice et la tradition exigent donc la réforme du régime légal actuel, et la reconnaissance formelle de la valeur juridique des véritables intermissions.

Examinons maintenant, pour finir, dans quelles conditions pourrait s'effectuer ce retour temporaire de la capacité chez les aliénés.

Une question se pose tout d'abord, mais que nous n'aurons aucune peine à résoudre, grâce aux élements que nous possédons déjà. Cette question est la suivante. A quels états d'intervalles lucides le retour de la capacité est-il applicable? Il ne peut évidemment y avoir aucun doute à cet égard. La rémission et le moment lucide n'ont aucun rôle à jouer dans l'espèce, et ne peuvent en rien interrompre l'incapacité de l'aliéné; le seul état de lucidité qui doive bénéficier de la cessation de l'interdiction, c'est l'*intervallum perfectissimum* de Justinien, l'*intervallum manifestissimum ac verum* de Zacchias, l'*intermission* de d'Aguesseau, l'*intervalle parfaitement lucide* de Foderé, l'*intermittence* ou *intermission* de la médecine mentale actuelle. Tout le monde est d'accord sur ce point.

Une deuxième question se pose, mais celle-ci soulève quelques dissentiments et quelques difficultés. Elle peut se formuler en ces termes: Combien de temps doit durer l'intermission pour bénéficier du retour de la capacité?

A Rome, nous l'avons vu, le principe était formel; l'incapacité était la conséquence non de telle ou telle procédure, mais du fait de la folie elle-même; elle commençait et cessait avec elle; par suite, on ne se préoccu-

(1) Krafft-Ebing. Lehrbuch der Geritlichen Psychopatologie. Stuttgart 1881.

pait nullement de la durée d'un intervalle lucide et, pourvu qu'il fût de bon aloi, le curateur suspendait aussitôt ses fonctions. Plus tard, au moyen âge et à la Renaissance, le criterium résidait dans la nature même de l'acte. Un acte fait pendant un intervalle lucide, s'il était raisonnable, était valable ; s'il ne l'était pas, il devenait nul. Cette théorie se résumait dans cet aphorisme de Mascardus : « *Quod scriptum est in tabulis, magis quam qui eus scripsisset, considerandum* (1). Menochius, cependant, exigeait pour que l'intervalle lucide fût pris en considération, une période fixe d'un an, d'un mois, etc. Zacchias, lui, ne s'occupe en rien de la durée de l'état lucide, et ne compte qu'avec sa nature ; l'intermission ramène la capacité, la rémission ne change rien à la situation de l'aliéné. D'Aguesseau s'appuie à la fois, nous l'avons vu, sur la nature et sur la durée de l'intervalle lucide. Il ne précise rien, cependant, à l'égard de cette dernière, et se borne à dire qu'il faut un temps considérable. Pour Foderé, la longueur de l'intervalle établit la présomption en faveur de la raison, et plus les intervalles sont courts, moins cette présomption est favorable. Linas n'admet comme valables que les intervalles de longue durée. « Si l'intermittence est de courte durée, quelque complète qu'elle soit, quelque parfait que puisse être le retour de la raison, il est prudent de maintenir l'interdiction, en prévision d'un nouvel et prochain accès. Enfin lorsque l'intermittence est franche, plénière et de longue durée, de deux, trois ou quatre ans, par exemple, il serait excessif et même inique de maintenir l'interdiction ; il y a donc lieu de provoquer un jugement de mainlevée, à charge de revenir à l'interdiction dès qu'un nouvel accès se manifeste » (2). M. Doutre-

(1) Mascardus (J.). De probationibus. Francofurti, 1671.
(2) Linas. Art. *Lucidité* du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.

bente exprime à son tour son opinion en ces termes : « Si l'interdiction doit être prononcée dans tous les cas analogues, il me paraît prudent de ne pas appuyer la demande en mainlevée d'interdiction pendant les intervalles lucides ayant moins de deux ans de durée ; car alors, pour les fous intermittents, l'état habituel, c'est la maladie, l'intervalle lucide, c'est l'exception (1). » M. Falret, enfin, ne précise pour sa part aucune durée. L'intermittence est analogue à la guérison et doit être traitée comme telle.

Comme on le voit, les avis sont partagés sur le point de la durée nécessaire de l'intermittence. La loi romaine, Zacchias, M. Falret ne s'en occupent pas; il leur suffit qu'il s'agisse bien d'intermittence pour que la capacité soit rétablie. D'autres, au contraire, réclament un temps plus ou moins prolongé. Pour nous, la vérité scientifique et légale réside dans la première opinion.

Tout le monde est en effet d'accord sur ce point que l'intermittence est une vraie guérison, et M. Doutrebente fait remarquer très judicieusement que la première fois qu'elle se produit, elle est invariablement prise pour telle. Eh bien, dès lors, puisque l'intermittence est une vraie guérison, la logique exige qu'on lui applique les dispositions relatives à la guérison. Est-ce que, lorsqu'un aliéné guérit, on attend six mois, un an, deux ans et plus, avant de le relever de son interdiction? Non, sa réhabilitation civile a lieu de suite, et cependant rien ne prouve, au début, qu'il s'agit là d'une guérison et non d'une intermission. Pourquoi donc exiger pour cette dernière une période fixe, puisqu'elle n'est elle-même qu'une guérison? On dit : chez les aliénés dont l'intermittence est de moins de deux ans, la maladie est l'état habituel, l'intervalle lucide est l'exception. C'est là

(1) Doutrebente (*loc. cit.*).

une erreur. Qu'on se rappelle la malade dont nous avons rapporté l'histoire dans la première partie de cette étude. En sept ans, elle a eu six accès de folie maniaque aiguë. La durée totale du temps de folie a été de 37 mois, soit 3 ans, 1 mois; la durée totale du temps de lucidité, c'est à dire de raison, a été de 43 mois, soit 3 ans, 9 mois. Encore se trouve-t-elle actuellement au début de son intermittence. Voilà donc une malade dont les intervalles de raison ne sont que de cinq à six mois, en moyenne, et qui, cependant, se trouve dans son état normal pendant près de quatre ans sur sept. Est-ce que la folie a été chez elle l'état habituel ? et l'intermission, l'exception ?

Que dire, d'ailleurs, d'une durée fixée à deux, trois et quatre ans ? Quoi ! il faudrait qu'un aliéné, guéri de son accès et en pleine raison, attendît des années entières pour sortir des liens de l'interdiction, pour pouvoir tester ? Et tout ce qu'il ferait pendant ce long intervalle serait nul ? Et si lui-même, injustement opprimé par cette tutelle permanente, réclamait la mainlevée de son interdiction avant le délai fixé, la lui refuserait-on ? Ce serait à la fois illogique et illégal.

La guérison et l'intermission, je le répète, sont deux états absolument identiques. En conséquence, ils doivent être traités de même. Si donc l'on soumet l'intermission à une épreuve plus ou moins longue, avant de la soustraire à l'interdiction, il faut qu'il en soit de même pour la guérison, et que celle-ci fasse aussi son temps d'épreuve. Mais si, aussitôt après la guérison, la capacité est rendue à l'aliéné, il doit forcément en être de même aussitôt après la constation de l'intermittence.

Prenons un exemple d'un autre sorte. Un homme est frappé d'un accident mortel et perd connaissance. Comme il n'a pris aucune disposition testamentaire, il va laisser les siens dans les difficultés et l'embarras. Aussi attend-on

avec anxiété une heure de réveil, une lueur ; lui-même, dès qu'il reprend ses sens, se hâte de manifester ses dernières volontés, souvent par signes. Est-ce que la loi exige que cet *intervalle lucide*, car c'en est bien un, ait une durée plus ou moins longue pour être valable? Ne suffit-il pas que l'individu renaisse à la vie et à la raison, ne fût-ce que pour un instant, pour pouvoir tester? Eh bien, dans l'intermittence, il en est de même. Du jour où son accès est passé, l'aliéné entre dans la raison, et par conséquent il recouvre sa capacité.

Combien la loi romaine était plus juste et plus sage, elle qui subordonnait uniquement l'incapacité de l'aliéné au fait de la folie : l'impuissance civile commençant avec la maladie et disparaissant avec elle. Voilà la logique, voilà le principe, voilà la loi. Qu'importe que l'intermittence soit courte ? Est-ce que ce n'en est pas moins une intermittence, c'est-à-dire l'état de raison? Sait-on d'ailleurs à l'avance ce qu'elle durera ?

L'essentiel est donc de constater que l'intervalle lucide est véritablement une intermission. Mais du jour où cette constatation est faite, la capacité doit revenir de plein droit, sans qu'il y ait à se préoccuper ni de la durée de la période raisonnable, ni du caractère des actes accomplis pendant son existence.

Il reste une troisième et dernière question à résoudre, la question pratique. Quelle réglementation législative adopter dans les cas de ce genre? Le problème n'offre pas, ce me semble, de difficultés sérieuses. Il s'agit avant tout, en effet, d'une constatation médicale, qui, dans la pratique serait facilement réalisable. Je n'ai pas à discuter ici le nouveau projet de loi sur les aliénés; je l'ai fait ailleurs (1). Mais, quel que soit le système de surveillance qu'on adopte pour sauvegarder la liberté

(1). La loi sur les aliénés devant le Sénat, historique et critique *Gaz. méd. de Paris*, 1887.

de l'aliéné, il me paraît également facile d'en user pour la sauvegarde de ses biens, et la constatation médicale qui servira pour l'un peut aussi servir pour l'autre. Désormais, on le sait, tous les aliénés, de quelque façon qu'ils soient traités, seront surveillés; je comprendrais de même que tous soient protégés dans leurs biens, c'est-à-dire, pourvus d'un administrateur provisoire ou d'un curateur, car je partage absolument la manière de voir de mon ami M. Martin sur la suppression de l'interdiction chez les aliénés. Or, rien ne serait plus simple que la mise en pratique de cette mesure. En effet, les deux membres essentiels de la *commission permanente départementale* qu'on propose de créer sont le *médecin inspecteur* et l'*administrateur;* l'un s'occupe de la surveillance des aliénés au point de vue médical, l'autre de la défense de ses intérêts, mais il est clair que l'action du dernier est subordonnée à l'action du premier, et que l'administrateur, qui n'intervient qu'après la constatation de la folie par le médecin inspecteur, abandonne également ses pouvoirs dès que le médecin a signalé la guérison. Quelle difficulté y a-t-il à ce qu'il en soit de même dans le cas d'intermission : à cette différence près que lorsqu'il est reconnu que la folie affecte véritablement le type intermittent, le curateur, tout en suspendant ses fonctions pendant les intervalles lucides, conserve son titre, de façon à rentrer en fonction, sans procédure nouvelle, aussitôt que la rechute a été constatée par le médecin inspecteur? C'est, on le voit, revenir à la législation si sage et si éclairée de Justinien.

En somme, les détails législatifs importent peu, et c'est aux pouvoirs publics qu'il appartient de les régler. Le rôle du médecin est de préparer les voies en élucidant les questions médicales. C'est surtout le but que j'ai eu en vue au sujet des intervalles lucides. J'ai voulu montrer que la loi actuelle était défectueuse, et que les

notions scientifiques, la logique, la justice et la tradition exigeaient le retour formellement reconnu de la capacité dans les intervalles lucides parfaits ou intermissions, qui sont de vraies guérisons.

De quelle façon sera appliqué ce principe dans la pratique ; il n'importe. L'essentiel est qu'il soit adopté, car il s'impose dans l'état actuel de nos connaissances, comme une mesure juste, protectrice et tutélaire.

Je suis convaincu pour ma part que les difficultés seront moins grandes et les contestations sur les actes des aliénés moins nombreuses, le jour où il sera édicté d'une façon précise dans notre législation.

---

# LA FOLIE ÉROTIQUE

LEÇON FAITE A LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A L'ASILE SAINTE-ANNE

**Par M. le Professeur B. BALL**

Recueillie par Ch. Lefèvre, aide de laboratoire de la Clinique

Messieurs,

La clinique des maladies mentales entre aujourd'hui dans sa huitième année et, depuis huit ans, la dette de reconnaissance que j'ai contractée envers vous n'a pas cessé de s'accroître. C'est grâce à votre bienveillant appui que j'ai pu surmonter les difficultés du début, et c'est dans votre sympathie si cordiale que j'ai puisé les forces nécessaires à l'accomplissement d'une tâche que j'aurais souvent trouvée bien lourde, si les preuves manifestes de votre approbation ne m'avaient point franchement soutenu.

Mais, à mesure que le temps s'avance, je sens de plus en plus le besoin de me rapprocher de la réalité des choses et de donner à mes leçons un caractère de plus en plus clinique et pratique, sans jamais perdre de vue les idées générales qui doivent présider à tout enseignement scientifique et plus particulièrement à l'enseignement des maladies mentales.

Voilà pourquoi j'ai toujours attaché une importance toute spéciale à l'étude des délires partiels. Par elle, en effet, nous pénétrons jusqu'au fond de l'âme d'un aliéné, par elle nous disséquons en quelque sorte pour ainsi dire sur le vif le mécanisme de son délire ; les parties saines de son intelligence nous livrent un accès plus facile aux points sur lesquels la raison a perdu son empire, et rien ne saurait mieux nous éclairer sur la nature intime des sentiments qui l'animent et les conceptions qui le tyrannisent.

Nous avons donc toujours utilisé à ce point de vue, les occasions que les hasards de la clinique ont mis à notre portée : nous vous avons successivement parlé de la folie du doute, de la folie morale, de la folie des grandeurs, de la pyromanie, de la folie religieuse ; — aujourd'hui, je me propose d'attirer votre attention sur la *folie érotique*, dont nous possédons en ce moment quelques remarquables exemples à la clinique.

Par ses rapports avec l'un des sentiments les plus puissants et les plus légitimes de la nature humaine, cette étude présente autant d'intérêt pour le philosophe que pour le médecin ; par ses connexions intimes avec la médecine légale, elle offre, au point de vue pratique, une importance hors ligne.

Mais, avant d'aller plus loin, je crois indispensable de formuler ici quelques considérations générales.

Esquirol, à qui nous devons une excellente description de la folie érotique, établit une distinction entre l'éroto-

manie ou folie de l'amour chaste et la nymphomanie ou folie avec excitation sexuelle.

Cette distinction est, à mon avis, pleinement justifiée, mais elle est insuffisante et doit être complétée par l'histoire de la dépravation sexuelle, qui conduit souvent les malades à ces excès immondes que les tribunaux sont souvent appelés à réprimer.

On peut donc, je crois, formuler au point de vue didactique, la classification suivante :

FOLIE ÉROTIQUE
- 1° Erotomanie ou folie de l'amour chaste,
- 2° Excitation sexuelle
  - 1. forme aphrodisiaque.
  - 2. — obscène.
  - 3. — hallucinatoire.
  - 4. satyriasis et nymphomanie.
- 3° Perversion sexuelle
  - 1. Sanguinaires.
  - 2. Nécrophiles.
  - 3. Pédérastes.
  - 4. Intervertis.

C'est à la première de ces formes, à l'érotomanie simple, que je veux consacrer notre conférence d'aujourd'hui.

Suivant mon habitude constante, avant de parler de la maladie, je veux vous parler du malade dont l'histoire servira de point de départ à cette conférence.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, bien constitué physiquement et ne présentant aucune de ces tares qu'on a l'habitude de rencontrer chez les aliénés héréditaires ; et cependant une hérédité des plus déplorables pèse sur lui depuis le commencement de son existence ; son père était un halluciné persécuté ; il était généralement connu dans le pays sous le nom du *fou*. Cet homme, mort à un âge très avancé, a eu 19 enfants, dont notre malade est le 13e. Comme je l'ai fait remarquer bien souvent dans mes leçons, la longévité et la fécondité excessives chez les ascendants sont des prédispositions à l'aliénation mentale.

La mère est morte à l'âge de 95 ans ; elle était épilep-

tique. Notre malade a subi de bonne heure la double fatalité héréditaire qui pesait sur lui. Persécuté, il l'est par son père; épileptique, il l'est par sa mère; cependant, il a pu conserver une vive et puissante intelligence.

Cet homme a reçu une éducation supérieure. Destiné à devenir prêtre, il est entré au séminaire où il a fait de très bonnes études classiques, et s'il n'est point bachelier, c'est que ses supérieurs ne désiraient point qu'il acquît ce grade. Manquant de convictions religieuses, il quitta le séminaire pour entrer dans l'enseignement, dans l'enseignement libre, le seul qui lui fût ouvert, puisqu'il n'avait aucun grade académique. Cependant, dès les premiers temps de sa vie, il avait éprouvé des phénomènes singuliers qui ne peuvent être caractérisés que par un seul mot: ce sont des vertiges épileptiques. Ces accidents ont augmenté de plus en plus et l'ont poursuivi dans tout le cours de son existence.

Après avoir cherché à se faire une position dans l'enseignement, il l'avait quitté pour entrer dans le commerce, où il était très apprécié à cause de ses qualités de comptable; mais, à chaque instant, des incartades venaient compromettre son avenir; des actes étranges, insensés, venaient traverser une vie d'ailleurs très régulière. C'est ainsi qu'un jour, jouant au billard, il s'était oublié jusqu'au point d'uriner dans le paletot de deux de ses collègues. Interpellé pour ce fait, il nia avec la plus grande énergie, mais les preuves de sa culpabilité étaient trop évidentes, et il fut congédié. Bientôt après il tomba dans la misère.

Malgré toutes ces viscissitudes, il ne paraît pas avoir jamais eu d'impulsion criminelle. Mais, au milieu de ces circonstances, un nouveau trouble se dessinait chez lui, il y a sept ans. C'est alors qu'il a commencé à éprouver des hallucinations de l'ouïe; il entendait des injures

grossières, et, par degrés, il est entré dans la sphère du délire des persécutions. D'abord ses soupçons se sont portés d'une manière vague sur le monde tout entier ; mais il a fini par être interné dans divers asiles et en particulier à l'asile de Saint-Dizier; là, il a fait choix de son persécuteur dans la personne de l'honorable directeur de cet asile. Nous avons donc affaire à un épileptique, à un halluciné et à un persécuté, trois conditions qui concourent à en faire un aliéné très dangereux.

Nous relevons chez ce malade d'autres étrangetés ; d'abord notre homme est un somnambule ; certains faits qui se sont passés dans sa vie ne peuvent laisser aucun doute sur ce sujet. A diverses reprises, cet homme, chargé d'un grand travail de comptabilité, s'est levé un beau matin et a trouvé son travail tout fait, comme par enchantement. Les hommes qui éprouvent de ces agréables surprises sont toujours des somnambules. Notre épileptique, notre halluciné, notre persécuté, est donc aussi somnambule ; il est en même temps un impulsif. Il est atteint de cette forme de délire décrite en Amérique sous le nom de topophobie; il y a des endroits où il n'ose pas passer de peur de voir les maisons s'écrouler sur lui. Il est aussi atteint d'onomatomanie, cette curieuse défaillance intellectuelle dans laquelle les malades s'acharnent à la poursuite de noms qu'ils ne peuvent retrouver. Enfin, dans diverses circonstances, il éprouve le besoin de réciter de longues tirades classiques qui lui sont restées dans la mémoire.

Voilà donc un homme dont la vie a appartenu dès son début à l'aliénation mentale ; et cependant, jusqu'à l'époque de son premier internement, il avait rempli de la façon la plus satisfaisante tous ses devoirs de citoyen. Il a pris une part active à la campagne de 1870, il a été blessé à Sedan et, à la fin de la guerre, il avait été proposé pour le grade de sous-lieutenant.

Une circonstance toute particulière a modifié le cours de ses idées. Il se rendait un jour à ses occupations habituelles, lorsqu'il rencontra dans la rue une jeune fille qui croisa le regard avec lui et disparut. Il reçut aussitôt ce que Stendhal appelle le coup de foudre et, à partir de ce moment, il se prit d'un amour idéal pour cette jeune personne; elle ne doit même pas savoir qu'elle est aimée; lorsqu'on cherche à émettre des doutes sur le caractère platonique de cette passion, il éprouve une émotion qui va facilement jusqu'aux larmes. Le mariage répugne à ses pensées, il veut rester fidèle à l'objet de son amour. Cependant, l'impression que cette cette jeune fille a faite sur ses sens est tellement fugitive, qu'il ne peut pas se rappeler si elle est blonde ou si elle est brune. On doit reconnaître que cet homme présente le type de la folie de l'amour chaste; c'est la véritable érotomanie d'Esquirol.

D'une manière générale, les malades qui sont atteints de cette forme de délire apportent en naissant des taches héréditaires; notre malade ne fait point exception à la règle. La plupart des auteurs qui ont traité ce sujet disent que les fous érotomanes sont des faibles d'esprit, mais c'est là une exagération manifeste; j'ai souvent eu l'occasion d'observer des érotomanes, dont l'intelligence était très distinguée. Quoi qu'il en soit, le jeune sujet chez lequel doit se développer cette folie amoureuse est ordinairement d'un tempérament assez réservé; il a surtout des attitudes très singulières dans ses relations avec le sexe opposé. Les choses en restent habituellement là jusqu'à l'âge de la puberté. A cette époque, il se produit un roman caressé dans les profondeurs de l'intelligence. Ces dispositions se développent et s'exagèrent mais, dans la plupart des cas, les érotomanes sont d'une chasteté absolue. Ils nourrissent souvent des conceptions absolument délirantes à cet égard. Placés dans ce

milieu intellectuel morbide, les malades arrivent enfin à faire une rencontre qui décide de leur avenir. Presque toujours l'objet de leur passion appartient à une condition sociale fort élevée au-dessus de la leur. Ce sont des grandes dames, des princesses, des reines, qui reçoivent des hommages extraordinaires. Tout le monde connaît l'histoire de ce malheureux page de Marie Stuart, que l'on trouva deux fois dans la chambre à coucher de la reine, caché sous son lit. La seconde fois, il paya de sa vie son adoration imprudente et, en montant sur l'échafaud, il ne dit que ces mots : « O cruelle dame ! »

Si les reines ont eu leurs adorateurs, il est une reine placée au-dessus de toutes les autres et qui a eu aussi plus d'adorateurs que toutes les autres ; c'est la Sainte-Vierge, la reine des anges et l'impératrice des cieux. Pour qui connaît la filiation des idées dans les esprits malades, il n'est pas douteux que ce culte éthéré que bien des prêtres ont voué à la Sainte-Vierge, que cette adoration qui brille dans tant d'ouvrages des théologiens les plus sérieux, sont les effets d'une érotomanie qui s'ignore elle-même ; c'est l'amour de la femme qui parle sous les apparences de la piété dans le culte ardent de tous ces honnêtes célibataires. Leur chasteté devait les prédisposer à cette aberration.

Il n'est pas rare de voir le délire ambitieux coexister avec l'érotomanie.

Quelle est l'attitude du sujet vis-à-vis de l'objet de sa passion ? A ce point de vue on peut rencontrer des amoureux de toute espèce. Il y a des amoureux discrets qui n'aborderont jamais l'objet aimé. Quelquefois l'amoureux timide se contente de quelques manifestations de sa flamme. Un grand nombre d'érotomanes vont jusqu'à solliciter certaines faveurs, et comme la condition de la femme aimée est presque toujours supérieure à celle de son adorateur, il en résulte souvent

de cruelles déceptions. J'ai eu dans mon service un jeune homme qui est devenu célèbre sous le nom de *Fou par amour*, et auquel j'ai consacré une de mes leçons (1). Ce jeune homme, qui avait été dix ans soldat dans l'infanterie de marine, s'était livré avec beaucoup d'autres à des excès alcooliques et cependant n'avait jamais perdu sa virginité. Un jour que, maître d'études dans une institution, il conduisait ses élèves dans l'omnibus de la maison, il vit à sa fenêtre une jeune fille dont il tomba immédiatement amoureux. Il passa souvent devant les fenêtres, puis un beau jour il se présenta dans la famille de cette jeune fille et demanda sa main; mais comme ses prétentions s'accordaient mal avec ses maigres appointements de 50 francs par mois, il fut mis à la porte. Sans se décourager, il revint à la maison, se laissa placidement souffleter dans la rue par le frère de la jeune fille et se fit remarquer par des obsessions nombreuses jusqu'au jour où la famille se décida à porter plainte et à le faire interner.

Les érotomanes de ce genre peuvent être incommodes; ils peuvent même parfois devenir dangereux, comme le montre l'affaire Teulat, dans laquelle Lasègue figura comme accusé. Un jeune homme était entré comme instituteur chez le duc de Broglie; il devint amoureux de la princesse de Broglie, sa belle-fille, et donna assez de preuves de son amour et de ses désirs pour être bientôt congédié. Il continua néanmoins ses poursuites; il se tenait constamment sur le chemin de la princesse et finit par jeter des pierres dans ses fenêtres pour attirer son attention. Il fut arrêté, conduit au dépôt et soumit à l'examen de Lasègue qui le fit interner. Plus tard, sorti de l'asile, il accusa Lasègue de séquestration arbitraire et fut très habilement défendu

(1) Voyez *Encéphale*, 1883, p. 131.

par Dupont (de Nemours). Lasègue se défendit lui-même et il eut quelque peine à faire comprendre aux juges la différence qui sépare le délire érotique du délire des amants.

Il est un phénomène des plus importants en aliénation mentale : ce sont les hallucinatiens de l'ouïe ; elles surviennent très souvent chez les érotomanes, même chez les sujets dont le délire se dégage de tout alliage ; ces hallucinations peuvent survenir et peuvent donner au processus pathologique une tournure tout à fait imprévue.

Une vieille demoiselle qui est restée longtemps à la clinique, parvenue à un âge qui paraîtrait devoir exclure les préoccupations de cet ordre, voit un jour dans la rue un homme qui la regarde et passe : s'il m'a regardée, se dit-elle, c'est qu'il m'aime. A partir de ce moment, loin de persécuter son amant imaginaire, elle se croit persécutée par lui : il lui parle constamment et lui adresse, par le téléphone, des propos fort injurieux pour sa vertu ; il invente des moyens machiavéliques pour s'emparer d'elle. Elle est prise de terreur, elle divague, elle délire et c'est ainsi qu'elle est amenée à Sainte-Anne ; à l'asile même, les obsessions de cet ordre continuaient à se produire avec des hallucinations incessantes.

Les conditions dans lesquelles se présente l'érotomanie ne sont point de celles qui sont capables de rétrocéder. Les sujets de cette espèce sont presque absolument incurables : un maniaque en pleine agitation, un mélancolique en pleine dépression peuvent guérir ; au contraire, ces malades dont l'édifice intellectuel n'est ébranlé que par un seul côté ne guérissent pas et versent habituellement dans la démence, d'autant plus facilement qu'ils sont des héréditaires.

A côté de ces formes absolument pures, absolument chastes de la folie amoureuse, il est d'autres aberrations plus graves dont je vous parlerai dans les leçons prochaines ; mais d'abord je veux vous soumettre quelques considérations préliminaires. Il est une heure solennelle, qui sonne presque toujours dans la vie d'un aliéniste arrivé à une certaine notoriété, c'est celle où il est appelé à déposer comme expert devant la justice et à décider de la liberté et de l'honneur de ses concitoyens. Le médecin dans cette circonstance exerce une véritable magistrature. Lorsqu'on est en présence d'un sujet comme le nôtre, chez lequel la folie débute avec la naissance, lorsqu'on est en présence d'un épileptique, d'un halluciné, d'un persécuté, le problême n'est pas très difficile ; mais il n'est pas toujours aussi commode de se faire une conviction, et surtout il n'est pas toujours aisé de faire partager cette conviction au public et aux juges ; c'est surtout alors qu'on entend dire que les aliénistes voient partout des fous. Je ne suis pas suspect d'exagération sous ce rapport, et récemment j'ai exposé devant l'Académie de médecine les limites qu'il convenait de tracer à la responsabilité des aliénés atteints de ces délires partiels.

Il est souvent plus difficile de connaître son devoir que de l'accomplir. Comment distinguer la folie érotique du délire des amoureux? Il faut s'entourer de toutes les circonstances qui ont marqué la vie de l'individu, il faut ensuite apprécier les conditions de l'acte en lui-même : et quand vous verrez un homme poursuivre depuis longtemps un rêve insensé, par des moyens absurdes vous pourrez, par la forme même de ces manifestations morbides, déclarer qu'il s'agit d'un érotomane et non d'un simple amoureux.

SUR UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT

# DE LA MORPHINOMANIE

Par le Dr O. JENNINGS (1)

Depuis quelque temps, le traitement de la morphinomanie a été l'objet de plusieurs articles, dont quelques-uns ont récemment paru dans *l'Encéphale*. Les opinions des auteurs varient sur divers points, mais tous sont d'accord pour reconnaître la nécessité de recourir à la séquestration du malade, soit dans un asile, soit dans une maison de santé particulière. Soutenir le contraire peut paraître à la plupart des médecins une véritable hérésie. Nous admettons sans doute la nécessité de cette mesure, dans certains cas désespérés, mais il ne faut point oublier que la séquestration même volontaire n'est pas sans inconvénient non seulement au point de vue

(1) Il nous paraît difficile de confondre la morphinisation dans les limites thérapeutiques avec le morphinisme (état d'intoxication morphinique, auquel aboutit la morphinomanie). J'ai donné des soins cependant à une dame traitée par M. le professeur Ball pour une cérébropathie goutteuse accompagnée de névrite douloureuse du trijumeau. J'avais l'habitude, depuis quelques semaines, de lui faire une injection sous-cutanée de 0,02 de morphine tous les soirs. Un jour, sans doute sous l'influence d'un trouble momentané de la circulation cérébrale, elle se trouva mal chez une amie. Un médecin appelé en toute hâte, apprenant qu'on lui faisait des piqûres, conclut à l'empoisonnement par la morphine. Le lendemain, cédant aux instances de son entourage, elle consentit à cesser les piqûres et resta sans en faire jusqu'à sa mort qui eut lieu un mois plus tard dans l'affaissement, la malade ayant été privée entièrement de repos par les douleurs continuelles qu'elle éprouvait. Elle n'offrait du reste aucun des symptômes qui, pour l'ordinaire, accompagnent la suppression de la morphine. Le morphinisme est presque toujours une conséquense de la morphinomanie, mais ce n'est pas là une règle sans exception. Il est bon que l'on sache que le prétendu morphinomane peut très bien n'être qu'un individu entretenu dans un état de morphinisation par un entourage intéressé. Les détails d'un fait de ce genre m'ont été communiqués par mon distingué confrère et ami, M. le docteur Mac-Gavin.

moral, mais encore au point de vue du succès définitif du traitement.

Sevrés par force dans les maisons de santé, les malades ne sont point pour cela guéris de leur morphinomanie. Ils ont cédé à une contrainte qui a provisoirement remplacé leur volonté, mais souvent ils n'ont fait qu'arriver à une suppression temporaire et ils retombent dans leurs anciennes habitudes au premier malaise physique ou moral. Il est donc préférable, quand la chose est possible, d'employer d'autres moyens qui pourront suppléer quelquefois au défaut de volonté dans les moments de découragement, et c'est précisément à l'étude de ce nouveau mode de traitement que je voudrais consacrer ces quelques lignes.

Disons d'abord que la méthode de la suppression brusque préconisée par Levinstein (1), et mise en pratique par un grand nombre de médecins, aussi bien en France qu'à l'étranger, est loin de donner les résultats annoncés par plusieurs observateurs, parce que rien n'est plus facile au malade que de tromper son médecin. Plus d'une fois le morphinomane continue ses injections alors qu'il est sensé avoir complètement renoncé à l'usage de son poison. Ce sont des cas de ce genre qui m'avaient d'abord inspiré l'idée d'adopter la suppression brusque et de la préconiser comme le traitement le plus efficace. Je disais à cette occasion (2) que si le médecin est bien secondé par ses subordonnés, la période critique est générale-

(1) Erlenmeyer nous a fait connaître une nouvelle méthode, qu'il appelle rapide, et qui serait, dit-il, connue en Allemagne, sous le nom de méthode Erlenmeyer. Il a relaté (*Encéphale* 1886), trois cas de guérison par sa méthode, qu'il met en contraste avec le cas d'un médecin guéri avec plus de difficulté par la suppression lente, quoique ne prenant qu'une quantité bien inférieure de morphine. Malheureusement, il n'est fait dans ces observations aucune mention de l'ancienneté de l'intoxication, fait capital en morphinomanie, car la question de dose n'est qu'une considération accessoire.

(2) The *sudden Discontinuance of hypodermic Injections of Morphia after protracted* use. The *Lancet*, vol. I, 1879.

ment terminée en huit jours. Ce résultat ne s'obtient qu'au prix des plus vives souffrances et ces huit jours sont pour le malade huit éternités. Mais peu importe si la guérison est obtenue. Or, des observations répétées m'ont convaincu qu'il n'en est pas toujours ainsi : d'abord parce que le malade, malgré la surveillance la plus assidue, parvient souvent à tromper le médecin (1) ; ensuite par ce que le résultat obtenu sans l'intervention de la volonté du sujet tombe de lui-même dès que cette volonté devient libre. On arrive facilement à supprimer temporairement l'usage de la morphine chez les malades privés de liberté, mais le morphinomane n'est pas plus *guéri* de son habitude par cette privation forcée que ne l'est le dipsomane par l'abstention, pendant un certain laps de temps, de l'alcool.

Je pourrais citer de nombreux faits à l'appui de cette assertion, mais je préfère compléter l'observation de M[lle] A... relatée dans le travail si intéressant du D[r] Pichon et déjà connu des lecteurs de l'*En-*

(1) Pour déjouer les supercheries, l'examen des urines fournira de précieux renseignements. Voici les procédés d'analyse les plus faciles à employer pour déceler la présence des alcaloïdes :

*Réactif de Mayer.* (Iodure double de potassium et de mercure.)

Hgcl......... 13gr 546
Ki............ 49gr 80
Ho........... Q S pour 1 litre

Ce réactif versé directement dans l'urine précipite en blanc jaunâtre les alcaloïdes qu'elle contient.

*Réactif de Bouchardat.* (Iodure de potassium ioduré.)

Iode......... 10gr
KI........... 20gr
HO.......... 500gr

donne avec les alcaloïdes des précipités brun, kermès ou marron.

*Réactif de Dragendorff.* (Iodure double de potassium et de bismuth.)

Le réactif précipite les alcaloïdes en solution aiguisée d'un peu d'acide sulfurique.

Le phosphomolybdate de soude, réactif indiqué par M. de Vry, est considéré comme un des plus sensibles.

On ajoute de l'acide chlorhydrique à l'urine, puis quelques gouttes de réactif. Dans ces conditions on obtient un précipité qui se dissout dans l'ammoniaque, la solution prend une coloration verte avec la mor-

*céphale* (1). Mlle A..., entrée de son propre gré à Sainte-Anne, avait été soumise, après plusieurs essais sans résultat de suppression graduelle, à la privation brusque. Grâce à ce moyen, elle a été *guérie*. « Mais, disait le Dr Pichon, il y a un gros point à l'horizon ; A..., a une sœur morphinomane : il est à craindre que, cédant à l'influence pernicieuse de l'exemple, elle ne retombe dans ses écarts. » M. Pichon a bien prévu, le souvenir des souffrances indescriptibles de la cure n'a pas suffi pour l'en empêcher. A... se trouve de nouveau en puissance de morphine, dans un service d'hôpital.

J'ai donc modifié complètement ma manière de voir, et, tout en reconnaissant que le sevrage temporaire s'obtient beaucoup plus facilement dans un établissement spécial, je maintiens que la guérison sera bien plus radicale quand la suppression aura été obtenue avec le libre consentement et la coopération du malade.

Je n'apporte qu'une seule observation détaillée à l'appui de cette manière de voir, ce qui fera comprendre que je n'ai pas la prétention de faire ici un mémoire définitif. Je publie cette note, surtout pour prendre date, et je réserve les développements que comporte le sujet, pour un travail ultérieur.

Je ne m'occuperai pas pour le moment du traitement pour ainsi dire préliminaire de la morphinomanie. Dans la première période de la suppression, ce n'est qu'une affaire de surveillance, et le malade qui *veut* guérir peut arriver à un chiffre très faible (que je fixe à environ

phine et quelques autres alcaloïdes tels que la brucine et la codéine.

Si la morphine était en proportion suffisante pour être caractérisée, voici la réaction la plus sensible.

L'acide iodique est réduit par la morphine; de l'iode est mis en liberté et colore la liqueur en brun ou en jaune. Cette coloration devient plus intense par l'addition d'une goutte d'ammoniaque. Cette même addition d'ammoniaque ferait disparaître la coloration, si la réduction de l'acide iodique avait été opérée par d'autres substances organiques que la morphine.

(1) Dr Pichon. *L'Encéphale*, 1886.

dix centigrammes), je ne dirai pas sans désagréments, mais au moins sans souffrances intolérables.

Mais à partir de ce moment la véritable lutte commence, et ce n'est qu'à l'aide d'une intervention extérieure éclairée et par le développement d'un effort de volonté considérable, que le malade sortira victorieux de cette épreuve. Pour moi, ceux qui ne peuvent pas arriver à ce chiffre sans succédanés ne supprimeront jamais leur morphine sans séquestration, et les guérisons ainsi obtenues ne sont, comme on le sait, que très peu sûres pour l'avenir (1).

Celui qui veut guérir doit s'armer du plus grand courage et supporter, tant que la situation sera tenable, tous les malaises qui résultent de la suppression ; il faut donc réserver tous les moyens de soulagement pour le moment le plus difficile.

Ces conditions peuvent paraître contradictoires, mais, d'une part, on sait combien une surveillance rigoureuse est indispensable, même chez ceux qui ont le plus grand désir de guérir. D'autre part, pour moi, cette surveillance ne doit pas aller à l'empêchement absolu, puisque la condition capitale d'une guérison définitive, est que la suppression ait été obtenue par la volonté du

(1) Si, comme je le pense, la séquestration n'est ni nécessaire ni utile, un changement de milieu, c'est-à-dire de l'entourage est indispensable. Il est rare qu'un morphinomane se décide à consulter les médecins, sans avoir déjà fait des tentatives de sevrage plus ou moins sérieuses dans sa famille. Aux moments difficiles, le malade qui, rempli de bonnes intentions, avait confié sa seringue et ses solutions à la personne qui devait le surveiller, fait valoir toutes sortes de raisons pour avoir un supplément exceptionnel, et s'il ne réussit pas à l'obtenir, en la prenant par les sentiments, il menacera de renoncer à la cure, et lui reprochera d'entraver sa guérison par une rigueur déplacée. Il est rare que son entourage ne se laisse pas sinon convaincre, du du moins vaincre par de si plausibles raisons, et ne devienne pas ainsi à contre-cœur le complice du malade. Avec des étrangers qu'il n'a pas eu l'habitude de tyranniser, le malade comprendra que toute discussion sera inutile et, comme le traitement substitutif rendra son malaise tolérable, il se résignera à se passer du supplément.

malade. *Vouloir* dans le présent est une garantie sérieuse pour l'avenir.

Le patient se trouve donc, au moment où l'intervention devient indispensable, dans les conditions suivantes : il a commencé par *vouloir guérir* et il a suivi avec courage la diminution progressive. Il s'est confié, comme les jeûneurs, à son comité de surveillance représenté par l'entourage que le médecin a jugé nécessaire ; et je suppose qu'il soit arrivé sans grandes souffrances au chiffre de dix centigrammes, le médecin ayant toujours opposé des refus impitoyables à ses doléances. Si la réduction est continuée maintenant dans la même proportion, les besoins de morphine, les inquiétudes et l'agitation vont devenir tellement pénibles, que peu de sujets consentiront à les subir sans le secours de l'art. C'est à ce moment que se fait le plus souvent la substitution d'un succédané, et que le malade, n'étant que très peu avancé dans sa cure principale, devient cocaïnomane ou alcoolique.

J'ai employé et vu administrer l'éther, le chloral, le bromure de potassium, la paraldéhyde, l'atropine, la cocaïne et enfin l'hypnone, et je ne saurais assez les déconseiller ainsi que l'alcool et le café. Je sais bien que je suis ici en désaccord avec d'autres observateurs, mais je ne fais que consigner ma propre expérience sans pour le moment la discuter. Les seuls *médicaments* qui m'ont paru véritablement utiles sont : le bicarbonate de soude (1) et les préparations de valériane (2). Pour cette

(1) Je me suis demandé si cela tient à une action neutralisante du bicarbonate de soude sur les produits acides d'une combustion imparfaite (acide urique, etc.), ou bien si la sensation de fatigue, étant accompagnée, comme on le sait, d'un état acide du muscle, un état chimique contraire (alcalinité) ne donnerait pas naissance à une sensation opposée.

(2) J'ai employé aussi dans un cas peu avancé des injections souscutanées de pilocarpine. Le succès fut complet, mais il faut dire que l'habitude de la morphine ne datait que de six mois, et le malade ne

dernière, la même remarque a déjà été faite par le poète Coleridge, qui était opiophage.

Je fais cependant des réserves pour la nitroglycérine que j'expérimente en ce moment avec M. le professeur Ball. D'après le dire des morphinomanes, ce médicament produirait une sensation de chaleur très semblable à celle que l'on éprouve après une piqûre de morphine; et les tracés nos 14 à 17 paraissent le démontrer. Nous employons deux gouttes de la solution alcoolique de Billaudot au centième ou encore les *tabellæ nitroglycerini* de la pharmacopée anglaise à un 1/2 milligramme.

L'état du malade exigeant maintenant une intervention, je suspends pendant quelques jours la diminution et au besoin je rétrograde de deux ou trois centigrammes. Ceci n'est pas du terrain perdu, *le cas est prévu;* ce n'est pas une concession que je fais aux doléances du malade. Il y a des sujets qui resteraient à ce moment dans un état des plus pénibles avec dix centigrammes de morphine et qui, désespérant du succès, abandonneraient l'expérience. Dans ces cas, et à ce moment, les deux ou trois centigrammes de plus *prévus*, accordés pendant quelque jours, surtout si le temps est orageux, donnent un moment de répit pendant lequel le malade reprend courage pour la dernière épreuve. Ce n'est que *reculer pour mieux sauter*, comme l'a dit textuellement de Quincey.

faisait encore les piqûres que pour calmer les douleurs vagues empêchant le sommeil. Je n'ai pas encore essayé la pilocarpine dans des cas difficiles, mais la résolution musculaire et la salivation qu'elle produit paraissent répondre à une indication naturelle, chez ceux qui souffrent d'agitation et se plaignent constamment de la sécheresse de l'orifice supérieur des voies respiratoires et digestives. J'ai quelquefois combattu avec succès par la pilocarpine les douleurs des ataxiques (voir l'*Encéphale*, 1881), et dans un cas où 0,004 de sulfate d'atropine, avaient été injectés, par erreur, par un morphinomane, une piqûre de pilocarpine de 0,02 a conjuré tous les symptômes alarmants.

Quand le malade a pour ainsi dire repris haleine, nous entrons dans la période de difficulté; nous commençons l'épreuve finale d'où il s'agit de sortir vainqueur.

Si le malade peut le supporter, je continue la diminution sans rien y modifier, mais j'accorde au besoin l'administration par l'estomac ou par le rectum, d'une quantité de morphine égale à celle qui est supprimée en injections; de sorte que lorsqu'on arrive à zéro par voie hypodermique, on peut être sous l'influence de dix ou douze centigrammes de morphine pris par une autre voie.

Mais il faut toujours continuer la diminution progressive des injections sous-cutanées : et, comme elle fait naître des symptômes des plus pénibles, il faut chercher maintenant des secours extrinsèques qui permettent de la mener à bonne fin.

Pendant cette dernière période, les morphinomanes sont inquiets et agités et à mesure que les doses de morphine deviennent de plus en plus minimes, les accalmies sont de moins en moins secourables. Supposons qu'on soit arrivé au moment où le malade ne prend que trois centigrammes par jour en trois fois. A trois reprises différentes, il sera rendu au bien-être relatif, mais qui ira en diminuant, pour faire place dans quelques heures à de l'agitation : et longtemps avant le temps fixé pour une nouvelle piqûre, le malade sera dans un état d'inquiétude absolument insupportable. Les deux ou trois heures à passer sont pour le morphinomane une éternité de souffrances devant laquelle les plus courageux perdent quelquefois leur fermeté.

Je ne chercherai pas à faire l'analyse des sensations accusées à ce moment. Je dirai seulement que les malades se plaignent constamment d'inquiétudes et de sensations de froid (surtout dans les tibias), qui sont remplacées par un sentiment de bien-être de chaleur, après

la piqûre. Pour décrire la *sensation-sentiment* de désir inassouvi, on dit généralement le *besoin* de morphine, mais c'est là une expression qui fait bien mal comprendre ce qu'éprouve le morphinomane en état de privation. Il y a, pour emprunter un mot anglais, un *craving*, un appétit inassouvi, mais à côté de cela il y a encore l'état mental de désir non satisfait, l'aspiration continue vers une seule pensée — la piqûre à venir — sorte de *yearning* qu'on pourrait appeler « nostalgie de la morphine ».

Quelle que soit la description qu'en donne le patient, il est toujours certain qu'elles sont des plus intolérables. Les sensations sont accompagnées d'un besoin de mouvement qui empêche le malade de rester en repos, mais quand il essaye de le satisfaire en se promenant de long en large, il se fatigue vite et se jette sur un lit ou un fauteuil où il est bientôt repris de son agitation. C'est ce besoin de mouvement, qui se traduit aussi par des soubresauts musculaires involontaires, qui m'a paru fournir la véritable indication thérapeutique. Le mouvement dans toutes ses modalités est pour le morphinomane un calmant, mais l'énervement à ce moment est tel, que le malade n'est pas plutôt sur pied qu'il se voit obligé de se recoucher, et de ces besoins opposés de mouvement et de repos naît une agitation extrême. L'organisme tout entier réclame sa stimulation habituelle, les centres nerveux demandent à être baignés par le liquide pharmaco-dynamique qui est devenu un élément indispensable de nutrition et de fonction.

Pour expliquer le mécanisme intime de cette stimulation, je crois qu'il faut admettre des modifications moléculaires qui seraient en dernière analyse des modalités de mouvement. Je me suis demandé donc si l'on ne pouvait substituer à l'agent pharmaco-dynamique devenu nécessaire, une stimulation purement physique

qui satisferait au besoin artificiel, et s'il n'y avait pas un moyen de concilier en même temps ces besoins de mouvement et de repos. Les sensations des morphinomanes sont pénibles par leur durée plutôt que par leur intensité, et j'espérais qu'en faisant arriver au sensorium une excitation d'intensité plus grande, mais moins pénible de sa nature, j'arriverais à obtenir des périodes de soulagement, qui en rompant la monotonie du malaise permettraient au malade de supporter les intervalles d'agitation. *J'ai donc eu l'idée de faire des stimulations dynamiques* (1) *de différentes espèces, telles que la faradisation, le massage* (2), *les frictions sèches, les vibrations mécaniques, sonores* (3), *et calo-*

(1) Je sais bien qu'on a proposé aussi de calmer par l'hypnotisme. Ce serait là une application aussi remarquable par son utilité que le sont la plupart des expériences de magnétisme par leur futilité. Je doute beaucoup néanmoins du succès. L'esprit du malade en état de privation est toujours concentré sur une pensée dominante, — celle de la piqûre à venir, — et cet état mental ne me paraît nullement propre à la receptivité de suggestions extérieures.

(2) Je viens de recevoir la cinquième édition du petit manuel du Dr Murrell « Sur la conduite du médecin dans les cas d'empoisonnement » (*What to do in cases of poisoning*. H. K. Lewis, London 1887). L'auteur préconise surtout le massage pour combattre la morphinomanie. Il conseille aussi l'électricité. Il pense qu'il peut être nécessaire de recourir à l'isolement, mais qu'il vaut mieux occuper et distraire le malade. Il dit que la fréquentation du théâtre est un moyen utile. Ceci rentre tout à fait dans ma manière de voir, et j'admettrais le théâtre et les *concerts instrumentaux*. C'est là ce que j'ai voulu dire par excitations *sonores*. Pour le chant, si on peut décider le sujet à exercer sa voix, il s'en trouvera bien; mais l'audition d'un opéra, surtout de la vocalisation pathétique, peut offrir des inconvénients chez ceux qui sont dans un état de sensiblerie ou d'émotivité morbide. Un morphinomane que j'ai connu m'a raconté qu'ayant assisté à une représentation de la *Traviata*, deux mois après sa guérison, il a passé une soirée des plus désagréables, étant impressionné à tel point « qu'il me passait, disait-il, constamment des frissons dans le dos, surtout aux passages élevés de soprano. »

(3) Tous les médecins de l'antiquité conseillaient le chant comme moyen thérapeutique. Aetius l'ordonne à ceux qui souffrent de l'estomac et qui sont sujets à des rapports *acides*. Cœlius Aurelianus contre la céphalalgie. Baglivi, aux goutteux qui ne sont pas, en général justiciables du traitement par l'imagination. « Podagrici, dit-il, si aliter exerceri non possint, exerceantur voce, scilicet vel libros alta voce legendo, vel

*rifiques* (1). *L'usage du hamac comme lieu de repos m'a semblé remplir les conditions voulues du mouvement passif* (2).

J'ai eu l'occasion d'employer ces moyens avec un succès complet chez un malade dont voici l'observation. M. X..., journaliste, âgé de trente-cinq ans, a pris de la morphine depuis quatre ans. Il l'avait commencée pour calmer des douleurs dans les nerfs sciatiques et cruraux (3). Il a été « presque guéri », dit-il, à deux reprises différentes. Il a essayé de tous les succédanés connus sans succès, mais il prétend que la dernière diminution a été facilitée par l'inhalation de l'éther. En ce moment il prenait un gramme de chlorhydrate de morphine; sa femme prétend même qu'il dépassait souvent cette dose de moitié (4).

cum amicis colloquendo, vel canendo; assidua namque locutio et cantus recensentur, a Plutarcho, inter genera exercitii. » On me dira peut-être que ce que je conseille là, n'est que de la distraction, et que le même but serait atteint en conseillant au malade de s'occuper de lectures intéressantes ou d'occupations agréables. Cela est vrai en quelque sorte, et l'objet de mon traitement est précisément de soustraire le sensorium par une forte distraction aux sensations qui l'obsèdent. Toutes les excitations que je conseille sont des distractions, mais, pour être efficaces il faut qu'elles viennent du dehors. Pendant la période de satisfaction, le morphinomane peut se plonger dans la lecture, mais en état de privation, il est incapable de lire une seule page, tandis que la conversation le distrait toujours.

(1) Dans les cas où l'abus de la morphine n'a pas été poussé trop loin, l'emploi du bain turc est un excellent moyen de calmer l'agitation que font naître les tentatives de suppression. Le séjour dans l'étuve est accompagné de sensations qui rappellent celles de la piqûre. La chaleur remplace la stimulation congestive habituelle et procure au sujet un bien-être qui s'explique par la loi physiologique d'association. Quand le bain est assez prolongé et suivi d'un bon massage, on reste quelques heures dans un état de lassitude très agréable pour un agité.

(2) Le balancement n'est pas une innovation en médecine mentale. Il a déjà été conseillé pour calmer l'agitation par Cox, Thomas et d'autres.

(3) Je pense que la morphinomanie est plus difficile à guérir chez les goutteux, mais je n'ai pas encore assez de faits pour pouvoir l'affirmer d'une façon absolue.

(4) Il ne faut pas croire que l'abus de la morphine réside entièrement dans l'administration d'une quantité élevée. J'ai souvent entendu dire

Pour combattre les effets de la morphine, il se fait des injections hypodermiques de cocaïne en quantités variables, mais atteignant quelquefois, dit-il, un gramme, mais il est probable que ce chiffre a quelquefois été doublé. Mais la cocaïne donne lieu à des manifestations d'ordres divers, défaillance et sommeil comateux, avec soubresauts musculaires, et le malade a appris qu'il peut combattre les phénomènes d'affaissement par l'alcool et, ne se rendant pas compte des symptômes urémiques, il prend une quantité considérable de vin et de spiritueux.

Pendant quelques jours il s'est produit une véritable intoxication due à la cocaïne, dont chaque piqûre est suivie d'hallucinations de la sensibilité générale, accompagnées de zoopsie ; le malade étant convaincu que son tissu cellulaire est rempli de vers provenant des larves qui auraient été introduites dans des solutions impures, il passe plusieurs heures à les chercher dans sa peau. Quand l'action de la cocaïne se dissipe, le malade reconnaît franchement qu'il s'est trompé ; mais tout en sachant qu'il s'agit d'une hallucination, il ne peut ni abandonner la cocaïne ni s'empêcher de chercher les vers quand l'hallucination reparaît.

Je considérai qu'il était nécessaire de recourir à la sé-

par des gens du monde, et quelquefois même par des médecins, qu'un tel ne pouvait être morphinomane, parce qu'il ne consommait qu'un ou deux centigrammes par jour. Mais ce n'est pas tant le chiffre que le besoin impérieux et l'habitude de la consommation qui constituent la maladie. « Il y a des sujets qui ne dépassent pas un demi-centigramme (0,005 gr.) par jour et qui ont des symptômes pareils à ceux qui absorbent de deux grammes à deux grammes et demi. » C'est bien l'état mental dont ce besoin est l'indice qui constitue la morphinomanie et l'obsession de la pensée par l'idée fixe qui joue le plus grand rôle dans les difficultés de sevrage. L'expérimentation a démontré que chez les lapins (où le souvenir n'est pas d'ordre intellectuel) on peut pratiquer la suppression brusque, même après trois mois d'accoutumance, et même quand on est arrivé au chiffre extraordinaire de quarante centigrammes, quantité qui représente, en tenant compte de la différence du poids, plus de dix fois le maximum pour l'homme.

questration, mais, devant le refus formel de la famille, on fut obligé d'y renoncer. Se rendant compte cependant de la gravité de sa situation, le malade s'engagea pourtant à ne pas franchir le seuil de sa porte et l'on organisa une surveillance rigoureuse.

On s'entendit pour diminuer la morphine d'un centigramme par jour et on supprima du coup les trois quarts de la cocaïne. Les spiritueux furent interdits absolument et une quantité moindre de bon vin accordée. Pendant trois mois, la diminution se fit sans interruption et le malade était arrivé sans difficulté à dix centigrammes (la cocaïne avait été supprimée entièrement en vingt-cinq jours). Se rappelant l'effet antérieur de l'éther, il voulut l'essayer pour combattre l'agitation qui se manifestait, mais le peu de soulagement obtenu était suivi d'une telle surexcitation qu'il y renonça volontairement. On essaya ensuite le chorhydrate de cocaïne en potion, à la dose de vingt centigrammes, mais l'effet fut insignifiant. Il est vrai que l'absorption était suivie d'une sorte de sensation vivifiante, mais elle était extrêmement evanescente et le besoin de morphine parut plus impérieux dans la suite, de sorte qne le malade renonça aussi à cette médication, de son propre chef. L'hypnone n'eut pas plus de succès, et sur la plupart des autres narcotiques, le patient savait déjà à quoi s'en tenir. Il avait remarqué cependant que la chaleur solaire lui procurait un grand soulagement, et quand le temps était propice il passait des heures entières étendu sur une chaise longue au soleil. Cet effet de la chaleur, modalité du mouvement, venait à l'appui de ma manière de voir pour les autres forces physiques.

Je commençai l'essai des genres de stimulations dont j'ai parlé : faradisation, frictions sèches, vibrations mécaniques (avec le percuteur de Granville) et calorifiques. L'installation du malade ne se prêtait pas à l'application

de vibrations sonores, mais, dans une autre circonstance, j'ai vu un malade qui avait appris par expérience qu'il pouvait diminuer ses souffrances en chantant. On pourrait ne voir ici qu'un effet d'imagination, mais outre que les morphinomanes en état de privation sont peu portés à des excès de ce genre, je rappellerai que M. Brown-Séquard a démontré que certaines irritations de la muqueuse laryngée sont suivies d'un état de bien-être et d'une disparition de fatigue qui peuvent durer plusieurs jours. Il me semble parfaitement rationnel de supposer qu'une stimulation vibratoire des mêmes surfaces puisse donner des résultats semblables dans l'espèce. L'installation du hamac fut aussi une trouvaille. A certains moments de la nuit, quand l'agitation l'empêchait de dormir il pouvait, tout en s'y reposant beaucoup mieux qu'au lit, donner libre carrière au besoin de se mouvoir.

A cet exposé j'ajouterai seulement qu'après dix jours de lutte contre les phénomènes de besoin morphinique, soutenu par la substitution de stimulations physiques, le malade parvint enfin à zéro, et une semaine après il ne prenait plus rien, même par la bouche.

Il y a maintenant neuf mois de cela, et le malade n'a éprouvé depuis aucun besoin de morphine. Pendant quelques mois, les digestions étaient accompagnées d'inquiétudes pénibles et le sommeil était très mauvais, mais grâce aux moyens hygiéniques employés tout est maintenant rentré dans l'état normal. Pour combattre l'indigestion, le bicarbonate de soude a été de la plus grande utilité. L'effet nuisible du vin et en général de toutes les boissons fermentées, même en quantités tout à fait minimes, a été tellement évident et constant que notre ex-malade n'en veut plus (1). Il suffit toujours d'un ou

(1) M. le professeur Ball conseille avant tout un régime tonique et succulent pendant la période douloureuse. Cela peut être nécessaire dans les cas de cachexie, mais il y a certainement des malades qui se

de deux verres de vin pur, pour provoquer une nuit d'insomnie. Le café est toléré quoiqu'ayant une tendance

trouvent bien mieux de la diète. Les morphinomanes le savent, du reste, et s'arrangent, dans cette période, pour prendre leur repas après leurs piqûres. Quand ils sont arrivés enfin à une seule piqûre, ils ne prennent qu'un seul repas, toute nourriture prise en dehors du moment d'*euphorie* relative provoquant de l'agitation.

Voici des observations que j'ai recueillies tout récemment. Je les cite parce que les malades ont accusé beaucoup de phénomènes sur lesquels j'ai insisté :

Mademoiselle X., âgée de 32 ans, femme de chambre, fut soignée en 1880 à l'hôpital Lariboisière pour une pelvi-péritonite, par des piqûres de morphine. Après sa sortie elle avait éprouvé des douleurs qu'elle aurait pu supporter, dit-elle, mais son amant l'encourageait à faire des piqûres et lui procurait la morphine nécessaire. Pendant 4 ans elle continua d'en prendre, toutefois sans jamais dépasser sept centigrammes par jour (un gramme en quinze jours), mais plus tard ayant rompu avec son amant, elle obtint d'un médecin une ordonnance pour un gramme de morphine « à renouveler ». Elle arriva bientôt à consommer le gramme en huit jours, et un an après elle était à cinquante centigrammes par jour.

Elle était arrivée peu à peu à passer des nuits sans sommeil, lisant du soir au matin, mais grâce aux piqûres répétées elle avait pu remplir ses devoirs auprès de sa maîtresse. *Ce n'est qu'à partir du moment où elle commença à abuser de l'alcool* sous forme de vulnéraire, dont elle prenait dix verres à bordeaux par jour, *que les symptômes de morphinisme* parurent et qu'elle commença à avoir des vomissements. Depuis deux ans elle est restée, sauf une seule exception, sans voir ses règles. A trois reprises elle a eu des vomissements de sang. Depuis quelque temps ses cheveux tombent et les dents s'ébranlent. Depuis qu'elle prend de la morphine, le désir sexuel a toujours été anéanti. « L'homme le plus beau, dit-elle, ne m'inspirerait que de l'indifférence. » Les piqûres de morphine ont quelquefois donné lieu chez cette malade à des phénomènes que j'ai observés dans d'autres cas, mais qui n'ont pas encore été signalés, que je sache, dans la morphinomanie. Il lui arrivait assez souvent de faire l'injection dans une veine, au lieu du tissu cellulaire, ce qui donnait lieu aux symptômes foudroyants classiques : chaleur brûlante par tout le corps, étourdissements, battements dans le cœur, les tempes et les artères, sensations de fourmillements et de picotements. Mais à cinq reprises différentes, des injections ayant donné lieu d'abord à ces symptômes ont été suivies immédiatement d'un œdème pierreux des mains et de la figure qui a duré toute la journée et l'a beaucoup effrayée. Elle a vu cet œdème apparaître à la suite d'une piqûre sur l'avant-bras et occuper une moitié de la surface antérieure longitudinalement. Elle décrit très bien ce que j'ai déjà eu l'occasion de constater *de visu*, ce que trois autres malades que j'ai vus récemment ont aussi remarqué, c'est-à-dire une séparation longitudinale de la peau en deux territoires, l'une dure, blanche et élevée comme une vaste plaque d'urticaire, l'autre sans élévation de niveau, mais présentant un aspect rouge et de vives démangeaisons. Chez le ma-

à produire de l'excitation, mais le thé en petite quantité est bien supporté.

lade dont j'ai parlé, cette ligne de démarcation était tortueuse, ou plutôt crénelée, rappelant la disposition des sutures craniennes. Mademoiselle X... est à l'hôpital Laënnec depuis trois mois, « mais, me dit-elle, malgré mon désir de guérir je n'aurais jamais accepté volontairement un traitement aussi sévère. De cinquante centigrammes par jour, elle est descendue le lendemain de son entrée à huit centigrammes et il lui a fallu deux mois et demi pour arriver à quatre centigrammes, dose qu'elle prend depuis quinze jours. Elle prend maintenant deux seringuées par jour, au cinquantième, en trois fois, et ne prend de nourriture qu'au moment des piqûres. Elle décrit très bien le besoin de mouvement qu'elle cherche parfois à calmer en se levant pour marcher jusqu'à ce que ses forces la trahissent. Quand elle est restée longtemps sans morphine, des douleurs partant des genoux viennent s'ajouter à son malaise, et sa douleur persistante à l'estomac se complique de vomissements. Je dirai ici que le réflexe rotulien est plutôt exagéré chez cette malade, et que l'examen des urines n'a décélé ni sucre, ni albumine. Quant aux médicaments, elle prend sans grand succès une potion contenant de la morphine et du chloral. La cocaïne n'a procuré aucun soulagement. Il est intéressant de noter que des douleurs de tête, survenues au commencement de la privation, ont été calmées par des lotions de cyanure de potassium, et je rappellerai à ce propos que l'eau de laurier-cerise a déjà été employée dans ces cas comme calmant.

Une autre malade m'a écrit une lettre qui est une véritable observation. La voici intégralement :

« Je vais tâcher de retracer aussi exactement que possible les événements qui ont amené mon état actuel et les faits que j'ai observés au cours de ma maladie. Au nombre des premiers il en est un d'une nature si intime et si douloureuse que pour le rappeler ici, j'ai besoin de me dire que je parle à un médecin, c'est-à-dire presque à un prêtre.

Je suis d'un tempérament nerveux, et je me souviens que quand j'étais toute petite j'entrais dans de grandes colères lorsqu'on me contrariait, et j'allais jusqu'à me rouler par terre. A l'âge de 14 ans (1880), je fus attirée dans un piège par une camarade d'atelier et je subis les derniers outrages dans de telles circonstances de brutale violence, que j'en contractai une métrite. Je sortis de ce guet-apens avec le col de la matrice blessé, courbée en deux et souffrant cruellement.

Pendant près d'un an la marche me fut très pénible. Je crus devoir cacher ce douloureux secret à mes parents et par conséquent je ne reçus alors aucun soin. Un an après avoir été victime de cet attentat, ma mère, qui eut toujours pour moi une aversion dont je n'ai jamais pénétré la cause, me donna dans le ventre un coup de pied qui faillit être mortel et m'occasionna un hématocèle.

J'avais alors 15 ans (1881). J'entrai à cette occasion à la Charité où je restai deux mois et demi et d'où je sortis sans être guérie. Quatre mois après, mon père me plaça à l'hospice Saint-Antoine en m'assurant des soins spéciaux. Ce fut alors que je fis connaissance pour la

Il est intéressant de noter que le sujet de cette observation n'avait jamais beaucoup fumé, et au moment

première fois avec la morphine. Le médecin de cet hôpital, où je restai quatre mois, m'ordonna d'abord 2 piqûres, puis 3 et 4 par jour; pendant le dernier mois j'arrivai jusqu'à 6 et 7 piqûres. Pendant les derniers mois qui suivirent, j'allais dans les hôpitaux où je me faisais faire des piqûres sans me préoccuper du nombre. C'était alors en 1883 et j'avais 17 ans.

Pour me soustraire aux violences de ma mère, mon père, à ma sortie de l'hôpital, m'avait loué une chambre hors de la maison. Un jour j'appris sa mort de la façon la plus imprévue. De cette époque datent mes crises nerveuses. Dans cette circonstance j'en éprouvai une d'une excessive violence, et c'est depuis lors que plus que jamais, j'ai eu recours à la morphine. J'en prenais jusqu'à 50 centigr., jusqu'à 1 gramme 1/2 par jour, et même 2 grammes quand j'éprouvais une contrariété. Le caractère, les sensations de ces crises sont d'une nature trop complexe, pour qu'il me soit possible de les décrire.

En 1884 je revins à la Charité pour trois mois, et, pendant ce temps, j'usai de la morphine sans compter. A la suite des compressions qu'on me faisait sur le bas-ventre pendant les crises, la métrite, qui paraissait guérie, était revenue.

En 1885, je revins à la Charité où je restai cinq mois et où je fus soignée par le Dr Luys. J'étais arrivée à force d'énergie à me presque déshabituer de la morphine, je n'en prenais plus que 2 centigrammes par jour. Je fus entraînée par une morphinomane à en user de nouveau et, quand je sortis, au bout du cinquième mois, j'en étais de nouveau à 1 gramme et j'arrivai jusqu'à 1 gramme 1/2 par jour. J'ai continué sur ce pied jusqu'au 11 septembre 1886 et je suis revenue à la Charité me remettre entre les mains du Dr Luys qui, pendant deux mois, m'a administré 50 centigr. par jour. Je suis arrivée après, à son insu, à me faire, pendant 15 jours environ, 30 piqûres par jour (1 gr. 1/2). Depuis, j'ai diminué progressivement de mon plein gré et je ne prends en ce moment que 2 piqûres 1/2, soit 10 centigr. environ par jour. Depuis un mois, je rends assez souvent du sang par la bouche, ce qui est précédé d'une sensation pareille à celle que produirait une boule qui monterait de la poitrine à la gorge.

Avant de rendre ce sang, j'éprouve une excitation si impérieuse aux parties sexuelles, que je suis obligée d'y porter la main. Le plus léger attouchement du bout du doigt provoque une âpre sensation de volupté mêlée de douleur qui est des plus pénibles, et qui paraît ne devoir jamais calmer la maladie. Parfois, je suis obligée d'appliquer sur cette partie un linge mouillé; cet état se produit surtout la nuit.

La mort de mon père m'avait privée de mon unique appui. Je n'avais pas tardé à épuiser mes petites ressources; mon état ne me permettait pas souvent de travailler, et j'ai éprouvé depuis lors les plus terribles privations. J'ai vécu, pendant des mois, avec un ou deux petits pains par jour et de l'eau sucrée. Quand la faim me pressait trop, je me faisais une piqûre et m'endormais. Je me suis vue souvent sans domicile, obligée de marcher dans les rues des nuits entières, pour n'être

où il cessa la morphine, il était arrivé à consommer une vingtaine de cigarettes ou bien cinq ou six cigares par

pas arrêtée comme vagabonde, et dormant le jour sur des bancs des jardins publics. Je suis rentrée à la Charité ayant les pieds enflés, anémique, épuisée et l'estomac si délabré, que je ne pouvais guère prendre de nourriture sans la rendre.

Voici maintenant les observations que j'ai faites sur la morphine :

Quand la piqûre porte sur une veine, on éprouve à la poitrine et au dos comme une sensation de brûlure, des vertiges, des pesanteurs à la tête ; on a des battements aux tempes. Certaines piqûres au bras font enfler les doigts de la main qui restent rigides et qu'on ne peut rapprocher. Quelquefois, il se produit des enflures dont le volume varie entre celui d'une noix et d'un œuf. Ces enflures ont la forme échancrée d'une feuille, le contour en est rouge et tout le reste d'un blanc comme celui d'un bouton qui va suppurer. Quand il y a excès de morphine, la paume des mains, la plante des pieds, l'anus et le clitoris deviennent douloureux. La morphine n'a jamais produit sur moi les sensations de volupté qu'on lui attribue. Elle ne m'a donné qu'un certain bien-être moral, en faisant éclore dans mon cerveau des rêves, des espérances chimériques qui me procuraient un semblant de bonheur, mais jamais des sensations physiques. Ceci s'applique aux premiers temps, car, par la suite, j'en étais arrivée à être indifférente à toutes choses, au point de négliger les soins de la plus élémentaire propreté. Mon état était devenu voisin de l'abrutissement.

C'est, au contraire, la privation de cette drogue qui amène chez moi, à l'approche des crises, cette sensibilité impérieuse, mélange de douleur et de plaisir enivrant dont je parle plus haut.

Je ne terminerai pas ces notes sans déclarer que, pour réunir toutes les chances de guérir un morphinomane, on devrait, autant que possible, l'isoler des autres personnes atteintes de la même affection. J'ai appris à mes dépens la sagesse de cette mesure. Je crois aussi que tout ce qui peut trop vivement impressionner quelqu'un, dont les nerfs sont malades, doit lui être évité dans la mesure du possible. Sous ce double point de vue, je me trouve actuellement dans des conditions fâcheuses. »

Les observations de Mathilde X... et d'Anita..., auxquelles j'ajoute plus loin les tracés, sont à peu près semblables. Mathilde a présenté cependant une particularité. De même que les autres malades, elle a vu apparaître des plaques d'urticaire à *contours crénelés*, mais elle a aussi eu, à plusieurs reprises, une éruption de plaques en relief *rouges*, auxquelles il ne manquait que l'élément douleur (amorti peut-être par la morphine), pour être de la véritable érythromélalgie. Toutes ces malades ont *mouché* et craché le sang.

L'examen sphygmographique nous fournit le moyen de nous rendre compte d'un des éléments de l'état physique qui accompagne le besoin de morphine. Le tracé nº 1 représente l'état de la circulation chez une morphinomane privée depuis huit heures. Le plateau qui précède la ligne de descente indique pour moi une obstruction au passage du sang dans les capillaires, due sans doute à la diminution des échanges chimico-vitaux qui sont, à l'état normal, l'un des principaux facteurs du *vis a fronte*. Cette condition est accompagnée d'une stase veineuse

sion. Je dirai pour terminer que, comme tout le monde, il a maintenant ses bons et ses mauvais jours, mais cha-

Les nos 6 et 7, à un ancien fumeur d'opium, soigné dans le service du




docteur Luys.




Dans le 8, le plateau se voit très bien, mais la malade n'est pas, à proprement parler, une morphinomane. Ce n'est pas une stimulation qu'elle recherche dans la piqûre, et celle-ci ne modifie pas d'une manière notable l'activité de la circulation.




Dans le 9, il s'agit d'une pauvre femme ayant un cancer utérin, qui est morte depuis que nous avons pris le tracé.




Les 10, 11, 12, 13, montrent très bien l'augmentation de l'impulsion cardiaque après la piqûre, mais il s'agit de deux morphinomanes

que fois que la nécessité, soit d'un tonique, soit d'un calmant, se fait sentir, il a recours au bain turc et je crois

hystériques, et je suis disposé à croire que les tracés dévoilent plutôt un *besoin de tromper* qu'un *besoin de morphine*. Les malades en




question m'avaient, toutes les deux, affirmé solennellement qu'elles s'étaient abstenu exprès pour laisser relever leurs tracés et qu'elles




souffraient de leur privation. Les tracés 10 et 12 me font douter de leur




bonne foi et, quoique les malades se soient prêtées à mes investigations




avec une bonne grâce et un empressement des plus aimables, il n'est pas impossible qu'elles aient manqué de candeur.

qu'il serait impossible de trouver un moyen de traitement plus efficace.

Le tracés nos 14 à 17 représentent les sphygmogrammes de nos malades sous l'influence de la nitroglycérine. Elles affirment éprouver la



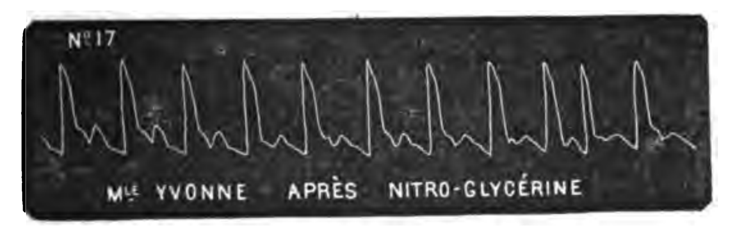

même sensation de chaleur qu'à la suite de piqûre de morphine. Pour




le moment, je me contente d enregistrer le fait, qui ne me paraît pas




impossible d'après les tracés.



**Sur l'état du sens génital chez les morphinomanes.**

Je ne crois pas inutile, pour terminer ce travail, d'ajouter quelques mots sur l'état du sens génital chez les morphinomanes. Ce sujet, quoique d'une certaine importance, ne me paraît pas avoir été suffisamment étudié. Bien des malades, j'en ai la certitude, sont devenus morphinomanes, tout simplement par ce qu'ils avaient entendu parler de l'excitation sexuelle produite par la morphine. Ce n'est donc chez cette catégorie de malades, que la curiosité malsaine et la recherche de sensations nouvelles qui furent la cause première de la maladie. J'ai été consulté à plusieurs reprises par des jeunes gens qui avaient appris l'habitude de la morphine de leurs maîtresses.

Sans doute, dans le début, il y a excitation génésique, et c'est à ce moment que les morphinomanes, gens devenus essentiellement expansifs, communiquent leurs impressions et font la propagande de leur nouveau culte. Mais il est aussi dangereux qu'erroné de croire que c'est là un état habituel. Je repousse absolument l'opinion du Dr Garnier (cité par M. Pichon) et je suis persuadé que l'excitation génésique qu'il aurait observée chez des morphinomanes à la Préfecture, loin d'être le résultat de la piqûre, n'était que l'irritation énervante que j'ai constamment vue chez les malades en état de privation et qui est si bien décrite par Mlle Yvonne X...

C'est l'analogue de l'incohérence qui s'observe à une période ultime chez les gens de lettres qui ont obtenu de la morphine dans le commencement un surcroît d'activité cérébrale.

*L'habitude de la morphine anéantit le désir sexuel.* Cependant, comme on le voit dans certaines maladies de la moelle épinière, il peut y avoir érection

et par conséquent congrès. Mais à mesure que les morphinomanes avancent dans leur maladie, l'orgasme se fait de plus en plus attendre et finit par faire défaut complètement. Par contre, les malades en état de privation sont tourmentés de désirs. Les émissions séminales se font sans excitation et sans érection. Tous les morphinomanes m'ont avoué que l'appétit vénérien, tout d'abord augmenté, faisait place dans la suite à une indifférence absolue.

De même tous ceux que j'ai questionnés (et je parle des deux sexes) ont souffert du désir sexuel pendant la privation. Ce désir aboutit à un orgasme qui loin d'assoupir ne produit que de l'énervement et de l'agacement. L'absence de désir peut aller à une véritable répugnance qui dépend en partie d'une difficulté physique qui n'a pas, que je sache, été signalée. Comme pour les autres parties cutanées et les muqueuses, les organes sexuels perdent leur élasticité; d'où il résulte chez l'un de la difficulté de rétraction du prépuce et chez l'autre de l'atrésie vaginale. De semblables anomalies du sens génésique existent également chez les fumeurs d'opium. L'observation dont je fais mention et que je dois à l'obligeance de M. Luys en est un exemple.

Je crois intéressant d'ajouter que ce jeune homme a présenté à plusieurs reprises une érotomanie des plus caractérisées. Quand il faisait un grand excès d'opium, il lui arrivait parfois de rester des heures entières dans une véritable extase de délire érotique chaste. « Il voyait, disait-il, en imagination le rêve céleste d'une femme idéale ou idéalisée » et il n'aspirait qu'à lui baiser la main ou les cheveux. Aucun désir de possession ne lui venait à l'esprit, la seule pensée de possession lui eût semblé une profanation.

NOTE SUR UN CAS

# D'APHASIE D'ORIGINE SYPHILITIQUE

**Caractérisée par de l'aphémie, de l'agraphie, de la surdité verbale, et un certain degré de cécité verbale**

**Par Denis COURTADE**

**Interne des hôpitaux : service de M. le Profr Ball**

Le nommé Francisque G..., âgé de 33 ans, comptable, entre le 8 mars 1886, salle La Rochefoucauld, n° 28, dans le service de M. Ball, à l'hôpital Laënnec.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Si nous interrogeons les antécédents personnels, nous voyons que le malade a toujours joui d'une bonne santé. Il y a environ 5 ans, il contracte une syphilis qu'il traite par des pilules de Sédillot et du sirop de Gibert; cette syphilis se serait comportée d'une manière assez bénigne : peu de mal de gorge, pas d'éruptions, pas de céphalalgie. Le malade ne s'est jamais livré à des excès de boisson.

Vers la fin de janvier 1886, le malade s'était trouvé constipé et avait ressenti quelques douleurs de tête.

Le 2 février 1886, environ un mois après son mariage, le malade se lève se plaignant d'un fort mal de tête : il était comptable dans une compagnie d'assurances; il va à son travail, mais le mal de tête continue, se montre de plus en plus fort. En même temps l'attention finit par être difficilement soutenue et le travail devient bientôt absolument impossible. Son patron s'en aperçoit et lui conseille de rentrer chez lui : c'était vers 4 heures de l'après-midi. Le malade remarque alors que sa marche devient de plus en plus difficile : arrivé sur la place de la Bourse, il veut traverser, mais il est renversé par un omnibus. Il veut se relever, mais il s'aperçoit qu'il est paralysé du côté droit; il est ramené chez lui en voiture et à partir de ce moment il ne peut plus ni parler, ni écrire : il ne peut pas non plus reconnaître les personnes qui l'entourent, sans être cependant dans le coma : ses yeux étaient ouverts, mais son regard était sans expression, et il regardait d'un air hagard.

Le malade reste dans cet état pendant 3 ou 4 jours, puis il commence petit à petit par reconnaître et par entendre les per-

sonnes qui l'entourent, mais il lui est impossible de parler ou d'écrire : il ne prononce que des monosyllabes : oui et non, ou bien encore : c'est très drôle. L'hémiplégie, qui occupait seulement le bras et la jambe droite sans prendre la face, disparut petit à petit. Vers le 10 février, la parole commence à devenir plus facile et le nombre des mots devient plus étendu : mais ses phrases se faisaient remarquer par le manque de substantifs; certains mots étaient aussi pris pour d'autres : il disait toujours madame au lieu de monsieur.

Il est traité chez lui, dès le début, par : 1° des frictions probablement mercurielles sous les aisselles; 2° des pilules de Sédillot alternant avec le sirop de Gibert; 3° par du chlorate de potasse.

Depuis que le malade a repris connaissance, les maux de tête se sont dissipés; l'appétit a toujours été bon, pas de vomissements, constipation ordinaire, sommeil assez bon, pas de délire.

Le malade entre dans le service le 8 mars 1886.

*État actuel le 9 mars.* — On ne trouve rien d'anormal soit au cœur, soit dans les poumons; rien d'anormal non plus du côté du tube digestif; appétit assez bon.

Pas de fièvre; sommeil naturel et pas de céphalalgie. La motilité est complètement revenue dans les membres du côté droit : peut-être légère diminution de la sensibilité à droite. Réflexes plantaire et rotulien normaux.

Tout l'intérêt du malade se concentre *sur les troubles de son langage, soit parlé soit écrit.*

Le malade paraît très ennuyé de son état. Il se rend compte de sa situation et veut tout faire pour guérir; il est surtout peiné de causer tant d'ennuis à sa femme après un mois de mariage; mais sa sensibilité n'a rien d'affecté ni d'exagéré.

La mémoire des faits antérieurs à son ictus paraît être bien conservée. Il se rappelle que son père est mort à 70 ans, que sa mère est morte le 30 mai 1879.

C'est lui-même qui a fourni les renseignements donnés plus haut sur la syphilis qu'il a contractée.

Il n'a pas perdu non plus la mémoire des faits qui se sont passés depuis qu'il est malade, sauf pendant les 3 ou 4 premiers jours à partir de son ictus. *L'intelligence paraît donc à peu près intacte*, et si parfois on croit constater une diminution des facultés intellectuelles, cette diminution est en rapport avec la difficulté qu'a le malade de se faire comprendre et de comprendre ce que vous lui ordonnez : le malade le dit lui-même, et fait comprendre par l'expression de sa physionomie que tout ne se passe pas comme cela devrait se passer.

Si nous examinons maintenant les troubles aphasiques que

présente le malade, nous voyons qu'ils sont à peu près au complet. L'aphasie, en effet, se caractérise par la difficulté plus ou moins grande d'exprimer sa pensée par des signes conventionnels, dont la mémoire a été acquise par l'habitude et par la difficulté plus ou moins grande de comprendre les signes analogues dont se servent ceux qui nous environnent pour exprimer leur pensée. Le langage naturel est ordinairement conservé.

Les signes conventionnels dont on se sert sont ou bien parlés ou bien écrits. De là quatre grands symptômes qui peuvent se rencontrer isolés ou réunis :

1° *Surdité verbale* ou difficulté de comprendre le langage parlé ; 2° *Cécité verbale* ou difficulté de comprendre le langage écrit ; 3° *Aphémie* ou impossibilité plus ou moins grande d'exprimer sa pensée par des mots; enfin, 4° *Agraphie* ou perte de la faculté de se faire comprendre par l'écriture.

Étudions chez notre malade ces différents symptômes.

1° *La surdité verbale* existe à un degré assez grand. Lorsqu'on cause au malade, celui-ci paraît vous comprendre assez bien, et on voit, à l'expression de ses yeux, qu'il est désolé de ne pouvoir vous répondre; mais si on vient à lui dire de faire un acte quelconque, la surdité verbale apparaît très nette. Si on lui présente plusieurs objets, par exemple un livre, une montre, une bague, et qu'on lui commande de prendre le livre, il ne sait pas ce que vous voulez lui dire. Si on lui répète plusieurs fois la même demande, il réfléchit, cherche et finit par donner l'objet demandé, mais avec beaucoup de difficulté. Le mot qu'il entend paraît pendant longtemps ne lui représenter aucun sens.

2° *La cécité verbale* existe, mais à un moindre degré. Le malade peut lire son journal, mais il le lit très lentement; il lui faut un certain temps pour lire chaque ligne. De plus, il ne peut pas lire pendant longtemps; il se fatigue et, au bout de quelques minutes, il ne comprend plus rien à ce qu'il lit.

La cécité verbale est surtout marquée pour les signes.

Si on demande au malade à quoi sert le signe —, il ne le sait pas. Si on écrit sur un papier addition, soustraction, multiplication, division, il ne sait pas auquel de ces quatre mots correspond le signe $\times$ ou le signe $+$.

Il est utile de rappeler que le malade exerce la profession de comptable.

L'étude de la cécité verbale est d'ailleurs assez difficile, car la surdité verbale existant à un degré assez élevé, on ne peut pas savoir si le malade a compris ou n'a pas compris ce qu'on lui demande.

Cette surdité et cette cécité verbale sont augmentées par la fatigue.

3° C'est *par l'agraphie* et surtout *par l'aphémie* que son aphasie se distingue le plus.

Le malade peut spontanément écrire les mots dont il se souvient : il passe même sa journée à écrire toute sorte de mots sur un cahier. Il les écrit avec une écriture assez belle. Mais la difficulté survient lorsqu'on lui ordonne d'écrire un mot quelconque,

Ainsi, si on lui dit d'écrire le mot *toque*, il dessinera une toque, pour faire comprendre qu'il sait ce que vous voulez lui demander, mais il ne pourra pas l'écrire. Si vous le poussez, il essaiera, fera un *t* après s'y être repris à plusieurs fois, parviendra à faire un *o* mal *fait*, mais il ne pourra pas écrire le mot entier, car bientôt il se fatigue tellement qu'il ne sait plus ce que vous voulez lui dire. Il en est de même si vous lui ordonnez d'écrire le mot chat; il dessinera un quadrupède, mais ne pourra pas écrire le mot chat. Il est impossible de lui dicter une phrase quelconque. Si on la lui fait copier, il l'écrira, mais très difficilement et avec une écriture très mauvaise; c'est comme s'il copiait un dessin, tandis que, lorsqu'il écrit spontanément, il a une assez belle écriture.

Si on lui fait lire un mot pendant longtemps et qu'on lui dise de l'écrire, après avoir retiré le livre, il ne peut pas y parvenir. Quelquefois, il finit par l'écrire, mais souvent alors le mot est incomplet et dénaturé.

Ainsi, il écrira *mulpatançon*, *mulpation*, pour multiplication; de plus, le mot est très mal écrit.

4° *L'aphémie* est très prononcée. Spontanément le malade prononce certains mots; mais ces mots sont formés surtout par des adverbes, des conjonctions, des adjectifs et certaines locutions qui reviennent souvent, comme par exemple : C'est très drôle; c'est curieux; je ne puis pas dire; je ne peux pas dire. Ces phrases se font surtout remarquer par le manque de substantifs.

Le malade dit toujours *madame* au lieu de *monsieur*, et fait précéder ce mot de la particule de. Ainsi, il dit : *C'est de madame*; rarement *madame tout seul.*

D'autrefois il dit des mots sans aucun sens, comme *Debelle,* ou bien quelques mots inarticulés.

Lorsqu'on veut lui faire prononcer un mot, il ne peut pas; cela lui est impossible, et après avoir ébauché quelques syllabes sans aucun sens, il dit : C'est curieux, je ne puis pas dire. Si on lui dit de redire un mot qu'il vient de prononcer, il cherche et après un certain temps il dit : C'est curieux, je ne puis pas dire; je le voudrais bien, c'est très drôle.

Il lui est impossible de chanter la *Marseillaise*, par exemple, qu'il dit connaître très bien.

Si on veut lui faire prononcer un nombre, il ne le peut pas; mais il y parvient cependant en comptant sur ses doigts à partir de 1; il s'arrête au nombre voulu. Si un chiffre intermédiaire lui échappe, il ne peut continuer que lorsqu'il l'a trouvé. Il en est de même pour son écriture. Il ne peut écrire un chiffre qu'en commençant par le chiffre 1. Son aphémie ne s'accompagne d'aucun embarras de la parole, ni d'aucun tremblement de la langue ou des lèvres.

Tous ces divers troubles aphasiques présentent des différences à divers moments de la journée.

Les signes du langage artificiel sont seuls atteints. Les signes du langage naturel sont conservés. Le malade pleure, rit, peut manifester son étonnement ou son impatience.

*Diagnostic :* Aphasie de nature syphilitique.

*Traitement :* 2 gr. d'iodiure de potassium, 1 pil. de Sédillot, chlorate de potasse.

L'état du malade s'améliore un peu les jours suivants, mais les progrès sont très peu sensibles.

Le 14 mars rien de nouveau ne s'est produit en dehors de son aphasie. La surdité et la cecité verbales se sont amendées, mais existent toujours à un certain degré, surtout quand le malade est fatigué ou émotionné.

L'aphémie et l'agraphie ont fait moins de progrès. Le malade peut maintenant écrire les choses qu'on lui indique; mais il oublie souvent des lettres, et si on lui fait écrire les mois de l'année, il oubliera un ou deux mois: le malade s'en rend cependant bien compte, et il laisse vide la place du mois dont il ne se souvient pas. Les lettres sont très mal faites; il s'arrête toujours au début de la lettre, hésite, roule le crayon sur le papier, puis écrit péniblement la lettre.

Si on lui fait écrire l'alphabet, il oublie aussi certaines lettres.

Quoique le malade ne soit pas sourd, il parle très haut et très fort; il s'en rend compte lorsqu'on le lui fait observer et alors il parle, mais momentanément, plus doucement.

Le 22 mars le malade dit mieux les verbes, mais les substantifs sont toujours en petit nombre. Il commence à prononcer *monsieur*; il copie bien les mots écrits à la main, mais il éprouve une grande difficulté à écrire des mots qu'on lui dicte. La surdité verbale n'apparaît que par moments.

Le malade sort le 30 mars. La surdité verbale et la cecité verbale ont beaucoup diminué. L'agraphie tend à disparaître. L'aphémie seule, tout en ayant diminué, existe cependant encore.

Le malade revient me voir le 18 juin 1886. Il a continué son traitement. Il parle maintenant assez bien, quoiqu'en cherchant les mots. Il parle comme un étranger qui parlerait notre langue, mettant souvent des infinitifs et employant des épithètes mal choisies.

Les autres symptômes ont disparu, mais cependant reviennent à des intervalles éloignés. Le malade a repris son travail et s'en acquitte assez bien quoique avec lenteur.

Il lit assez bien, mais en épelant un peu.

Il calcule mieux, fait des additions, des multiplications, mais il ne faut pas qu'elles soient compliquées.

Si une addition est trop longue, il la fait par fragments, et additionne ensuite les additions partielles.

Le malade a l'air de comprendre très bien lorsqu'on lui parle. Cependant, si on lui commande de faire quelque chose, il lui arrive parfois d'avoir de la surdité verbale. Ainsi, son patron lui demande de lui donner un registre et le malade est incapable de le lui donner, car il ne sait pas ce qu'on lui a dit.

A part ces troubles, sa santé est bonne.

L'aphasie est d'ailleurs manifestement en période décroissante.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue.

1. Notre malade était syphilitique : sa syphilis datait de cinq ans, avait été bénigne, et il est probable que le traitement n'a pas été continué assez longtemps.

La cause immédiate nous paraît être une congestion passagère peut-être due à une gomme jusqu'alors latente et ayant ensuite déterminé une congestion irritative de voisinage : peut-être quelques excès vénériens ayant suivi son mariage, qui datait d'un mois, ont-ils pu être de quelque effet dans la production de cette congestion.

2. L'hémiplégie du début avec perte de connaissance incomplète fait penser que la congestion, d'abord assez forte a diminué ensuite au bout de trois jours, et la lésion est restée limitée au territoire de l'aphasie.

3. Il est important de noter l'intégrité presque absolue

de l'intelligence, alors que les troubles aphasiques sont considérables : le malade a parfaitement conscience de son état; il voudrait faire ce qu'on lui commande, mais il ne le peut pas : il sent que tout ne se passe pas en lui comme cela devrait se passer.

4. L'aphasie de notre malade se distingue surtout par l'aphémie et la surdité verbale ; vient ensuite l'agraphie, enfin la cécité-verbale qui existe surtout pour les signes ; les symptômes aphasiques sont surtout accentués lorsqu'on ordonne de faire un acte quelconque ou bien lorsque le malade est fatigué ou émotionné. L'agraphie présente ce phénomène curieux : c'est que lorsque le malade écrit spontanément, il écrit très bien, tandis que lorsqu'on veut le faire écrire, il écrit très mal.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

**Année 1886**

Séance du 26 juillet. — M. Riu présente un cylindre en fonte, du poids de trois cent cinquante grammes, dans lequel un ivrogne avait introduit sa verge et dont le sujet n'a pu être débarrassé que par l'amputation du gland.

*Des signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire.* (Suite.) — M. J. Falret. Les uns, avec Pinel et Esquirol, tout en reconnaissant l'influence de l'héridité comme cause, ne pensent pas qu'elle imprime un cachet spécial aux formes morbides; les autres, avec Morel, M. Magnan et moi, admettent au contraire l'existence d'une folie héréditaire à signes caractéristiques. Mais il y a quelques points sur lesquels M. Magnan et moi nous ne sommes pas d'accord, et tout d'abord sur la différence à établir entre l'état physiologique et l'état pathologique au point de vue de l'hérédité. Il m'a semblé que M. Magnan, étendant trop la sphère de la folie héréditaire, comprenait parmi les troubles pathologiques certaines bizarreries, émotions ou craintes qui ne suffisent pas pour caractériser un état de folie, comme la crainte de se couper la gorge en se rasant, de se jeter par une fenêtre en

s'en approchant. Il convient, je crois, de ne pas fusionner trop intimement ces états demi-physiologiques avec la folie héréditaire proprement dite.

Le second point sur lequel je m'écarte de M. Magnan concerne les limites de la folie héréditaire, qui constitue selon lui la première catégorie des folies, les autres étant constituées par les folies avec lésions, les folies vésaniques et les folies intermittentes. On peut se demander si tous les aliénés rangés dans cette première classe des folies héréditaires doivent réellement en faire partie. J'admets sans doute qu'on peut proclamer ces maladies comme appartenant à la grande famille des héréditaires, mais à la condition d'y introduire, comme dans les classifications des sciences naturelles, de grandes divisions. Certes M. Magnan a raison quand il dit qu'il ne faut pas diviser les faits à l'infini et transformer de simples détails en espèces pathologiques, mais je réponds : Nous avons des groupes de maladies mentales généralement admis, qu'il faut conserver, et dans tous ces groupes des formes qui portent l'empreinte de l'hérédité. Ainsi, les paralysies générales à empreinte héréditaire se font remarquer par leurs rémissions fréquentes et prolongées, par leur longue durée, par la prédominance des troubles psychiques sur les troubles physiques. Dans les groupes des persécutés, sont surtout héréditaires les persécutés persécuteurs, les persécutés qui ne passent pas par les périodes successives d'état vague, d'état hallucinatoire, d'état de systématisation et d'idées de grandeur, qui n'ont jamais d'hallucinations et qui restent souvent pendant très longtemps à la première période, dans la forme vague sans systématisation précise. Ces héréditaires présentent des phénomènes congestifs fréquents, personnifient leur délire, entament des procès, poursuivent des vengeances ; enfin, s'ils constituent une variété dans le délire de persécution, ils doivent néanmoins faire partie de ce groupe, et il ne faut pas encore les classer parmi les folies héréditaires.

De même pour certains épileptiques héréditaires ; de même pour ces hystériques héréditaires, qui deviennent aliénés, à hystérie fruste, à symptômes isolés d'hystérie avec signes physiques peu prononcés, à terminaison souvent rapide par la stupeur ou la démence précoce ; de tels héréditaires doivent rester dans leurs groupes respectifs et non faire partie de la folie héréditaire proprement dite. De même encore les hypochondriaques avec idées absolument absurdes, qui se plaignent

par exemple, d'avoir des vers qui leur rongent les intestins, ou qui prétendent que le sperme circule avec leur sang, tous ces malades ont l'empreinte de l'hérédité morbide, mais ce n'est pas une raison suffisante pour les englober dans la folie héréditaire en général, ou bien alors il n'existerait plus qu'une espèce de folie, la folie héréditaire. Sans doute M. Magnan ne va pas aussi loin; mais sa famille des héréditaires reste encore beaucoup trop vaste et embrasse trop de faits disparates.

Je suis d'accord avec M. Magnan à propos des stigmates psychiques présentés par ces aliénés. Ils restent lucides jusqu'à la fin de leur vie, tout en présentant des idées absurdes qui germent dans leur esprit, du jour au lendemain, entraînant immédiatement chez eux la conviction la plus profonde, et souvent remplacées tout à coup par d'autres idées délirantes, tout aussi bizarres que les précédentes. Ces malades ont rarement des hallucinations et présentent surtout des actes impulsifs; enfin, ils sont rémittents et périodiques au plus haut degré. J'admets entièrement tous ces caractères sur lesquels M. Magnan insiste avec raison; mais, je le répète, il faut établir parmi les aliénés qui présentent ces caractères communs, de nombreuses divisions. Je n'admets pas plus que lui les monomanies, ni les espèces variant à l'infini, suivant l'objet du délire; mais il est néanmoins, parmi ces espèces décrites séparément, quelques variétés vraiment naturelles qui doivent être conservées, telles que la folie avec conscience, la folie du doute, le délire émotif, etc., etc. Ces formes doivent être, selon moi, distinguées nettement de la folie héréditaire proprement dite. C'est certainement un progrès d'admettre, comme l'a fait M. Magnan, une folie héréditaire spéciale, à côté des autres formes mentales, anciennement admises, mais à la condition de reconnaître dans cette grande famille des aliénés héréditaires, des espèces et des variétés secondaires. Je me suis efforcé moi-même d'établir un certain nombre de caractères appartenant aux dégénérés et aux héréditaires en général; mais ce n'est pas une raison suffisante pour ne pas introduire parmi eux des divisions et des subdivisions ayant une individualité propre, tout en présentant les caractères communs à tous les héréditaires. Je terminerai ici le résumé que j'ai voulu faire des analogies et des différences principales qui existent entre l'opinion de M. Magnan et la mienne, relativement aux folies héréditaires.

*Du délire chronique.* — M. PAUL GARNIER. — En clinique mentale, comme en pathologie ordinaire, il existe des maladies à invasion brusque et inopinée, à marche essentiellement irrégulière, ne procédant guère, dans tout l'ensemble de leurs manifestations que par surprise, par heurts, et par à-coups, maladies soustraites à toute loi évolutive et échappant à toute prévision.

A côté des individus qui nous offrent les exemples de ces formes capricieuses des troubles de l'esprit, on en voit d'autres chez lesquels l'affection mentale ne se développe qu'après une incubation prolongée, et ne poursuit son cours que lentement, régulièrement, méthodiquement, franchissant, une à une, des étapes invariablement les mêmes et nous offrant, en quelque sorte, le spectacle de l'ordre dans le désordre.

Ici plus d'imprévu, plus d'indécision : le processus psychopathique est tellement net et défini que l'on peut prédire la série des phases successives que va parcourir le délire, depuis le stade initial jusqu'à une terminaison inexorablement la même.

Est-ce donc là le résultat de circonstances purement fortuites? Mais le hasard n'a guère d'existence scientifique ; y faire appel c'est tenter de masquer notre ignorance, concernant des causes qui nous échappent, si ce n'est déjà faire l'aveu de cette ignorance.

Assurément, on doit reconnaître comme fort indécises encore les données que nous possédons sur le mode d'action des causes qui président au développement de la folie en général, ou d'une maladie mentale en particulier.

En dehors de certaines circonstances étiologiques, nettement déterminées et strictement isolées dans leurs effets, comme les intoxications à complications délirantes qui représentent plus, en quelque sorte, les conditions expérimentales des perturbations psychiques, qu'un véritable processus morbide, que d'obscurités autour de cette intéressante question de la détermination nosologique individuelle, de la spécialisation vésanique, si je puis ainsi dire!

En vertu de quelle disposition intime de son organisation cérébrale un individu appartient-il à telle catégorie d'aliénés plutôt qu'à telle autre? Pourquoi celui-ci, par exemple, ne sera-t-il jamais, dans ses manifestations délirantes, qu'un irrégulier, un intermittent, un paroxystique, et par quelle

raison mystérieuse celui-ci, procédant tout à fait à l'inverse du premier, progressera-t-il, selon un mode uniforme et continu, dans la voie de la folie chronique où les périodes s'étagent dans une coordination rigoureuse ?

Se borner à déclarer que c'est la simple affaire de tempérament individuel, c'est uniquement rappeler une vérité banale, qui ne saurait beaucoup élucider le problème, si, après l'avoir énoncée, on ne cherche pas à discerner le pourquoi et le comment de ces aptitudes morbides différentes. Il faut pénétrer plus avant et tenter d'analyser ce que comporte cette notion synthétique et vague, afin de surprendre le secret de ces différences constitutionnelles, la prédisposition étant déjà, elle-même, un effet et un résultat avant de devenir, à son tour, une cause plus ou moins active.

Ce sera, pour Morel, un titre de gloire d'avoir su remonter au principe même de cette différenciation, en rattachant tout un grand groupe de déviations à l'hérédité, agissant non plus simplement comme un facteur étiologique banal mais comme une cause efficiente, c'est-à-dire capable de produire, à elle seule et de toutes pièces, une entité nosologique parfaitement distincte et toujours reconnaissable d'après des symptômes caractéristiques et une évolution spéciale. Aussi bien, puisque je fais ici allusion à la folie héréditaire, permettez-moi, Messieurs, de profiter de ce que la discussion n'est pas encore close sur ce sujet, pour entrer un peu dans le débat.

Des diverses opinions qui viennent d'être, tour à tour, éloquemment exprimées, au sein de la société, il résulte que la théorie de Morel, reprise et développée depuis par M. Magnan, n'est point universellement acceptée, bien qu'à vrai dire, on s'en prenne moins à la chose en elle-même qu'au terme choisi pour la désigner.

Quelque résolu partisan que l'on soit des idées du médecin de Saint-Yon, on ne peut, en effet, méconnaître que l'expression « folie héréditaire » prête, dans une certaine mesure, à l'équivoque reproche que l'on est en droit d'adresser, d'ailleurs à tant d'autres vocables qui n'en sont pas moins devenus d'un usage courant et avec lesquels tout le monde finit par se comprendre. Si j'accorde que cette dénomination n'échappe pas à toute critique, il faut convenir toutefois qu'elle ne saurait donner lieu à une confusion qu'auprès de ceux qui ne sont pas initiés à nos habitudes de langage. Son emploi, assure M. Charpentier, oblige à faire constamment un effort

sur soi-même pour se rappeler que les autres folies reconnaissent néanmoins pour cause l'hérédité; et il en résulte, selon lui, que, en parlant des folies qui ne porteront pas le nom d'héréditaires, on sera obligé de dire qu'elles sont héréditaires, tout en ne l'étant pas, ce qui lui paraît peu propre à éclairer la question. Mais qu'il me permette de lui faire remarquer que, à ce compte-là, il n'y aurait plus de raison d'admettre, comme on l'a toujours fait jusqu'ici, deux ordres de causes, rayonnant sur la pathologie entière : les causes prédisposantes et les causes déterminantes ou efficientes.

Du fait que l'on retrouve, à tout instant, dans le développement de diverses formes de troubles intellectuels, un appoint fourni par l'excitant alcoolique, venant figurer et se perdre dans l'ensemble des causes prédisposantes communes et ne s'imposant en rien à la symptomatologie de la perturbation mentale, ainsi née d'un complexus étiologique, il ne vient pas à la pensée de nier la réalité d'une folie alcoolique, c'est-à-dire, de méconnaître que, dans d'autres circonstances, l'agent toxique puisse produire un délire à caractères définis, distincts et lui appartenant en propre.

Après avoir adressé ses plus vives attaques à la dénomination « folie héréditaire » et au principe même de la théorie; après avoir déclaré que cette expression comporte autant d'illogisme que de confusion, M. Charpentier aboutit à cette conclusion, à savoir que tous les aliénistes s'entendent lorsqu'ils disent d'un aliéné : c'est un héréditaire. Convenez que c'est bien là quelque chose! J'estime, en tous les cas, qu'un tel aveu est précieux dans la bouche d'un adversaire aussi résolu.

C'est qu'en effet, tout médecin familiarisé avec l'étude de la pathologie mentale ne saurait se méprendre sur la véritable valeur terminologique du mot héréditaire.

Le sens qui s'y trouve attaché, depuis les travaux de Morel, en fait un synonyme de dégénérescence.

Pour qu'on n'en ignore, M. Magnan a pris l'habitude, au cours de son enseignement, d'associer et de combiner les deux termes : héréditaires dégénérés; mais il est incontestable que le premier renferme implicitement le second. Pourtant la réciproque n'est pas absolument vraie. En dehors de la dégénérescence héréditaire, diathèse transmise, il y a la dégénérescence accidentelle ou diathèse acquise par le fait d'un traumatisme, d'une affection aiguë du jeune âge. Et

c'est principalement sur l'existence de cette dernière que l'on s'est fondé pour contester l'action de l'hérédité comme facteur essentiellement dégénératif. Mais, de ce qu'il existe quelques conditions biopathologiques capables de reproduire, en raison même de certaines analogies d'influence, la plupart des traits essentiels de la dégénérescence héréditaire, s'ensuit-il que celle-ci doive être rayée du cadre nosologique? De même, disait le professeur Lasègue, que les enfants dont le cerveau est mal conformé restent sujets, pendant toute leur vie, à des troubles encéphaliques, de même ceux qui ont traversé, au premier âge, une maladie cérébrale indélébile, restent des infirmes intellectuels.

Je crois que c'est à cette proposition de ce maître regretté qu'il faut s'en tenir.

Cependant il y a place, en cette question, pour une réserve importante. L'avis exprimé par MM. Cotard, Christian et Bouchereau, est que la part la plus grande, dans le développement de la dégénérescence mentale, revient au côté individuel, c'est-à-dire à toute influence fâcheuse s'exerçant sur la descendance, soit pendant la vie intra-utérine. soit pendant le premier âge. Il me semble que c'est aller un peu loin. Qu'un enfant, dit M. Cotard, soit frappé d'une maladie cérébrale, et il va se produire chez lui tout un ensemble de phénomènes qu'on n'observe point chez l'individu frappé plus tardivement. — Rien n'est plus exact. Mais est-ce bien toujours le premier sujet venu qui se trouve ainsi atteint, dès les premiers mois ou les premières années de son existence, de cette affection encéphalique? N'est-ce pas souvent, au contraire, que celui-là était marqué d'avance pour cette aventure morbide par une disposition congénitale qui en a préparé l'explosion? A tout instant ne nous arrive-t-il pas de saisir le lien qui rattache ces accidents précoces à l'hérédité, et en présence, dans certaines familles, de ces véritables hécatombes d'enfants tous enlevés par des affections plus ou moins similaires des centres nerveux, ne jetons-nous pas instinctivement sur le passé ancestral un regard investigateur, et n'apprenons-nous pas ainsi chaque jour à rattacher beaucoup de ces maladies infantiles à une tare héréditaire? Ce qui est non moins vrai, c'est que beaucoup de maladies aiguës de l'enfance n'ont un si grave retentissement cérébral et ne déséquilibrent si fortement ceux qu'elles frappent, que grâce à la connivence d'une instabilité préexistante. N'est-ce

pas là que réside le secret de ces différences considérables dans les effets d'une même affection sur tel ou tel sujet? A provocation égale, que de dissemblances dans le mode de réaction! C'est une loi, en pathologie, de ne pas mesurer seulement les conséquences d'une maladie quelconque à son intensité intrinsèque, mais encore et surtout au degré de susceptibilité et de résistance qu'offre le support.

En un mot, tout en reconnaissant qu'en fait de dégénérescence mentale il y a des congénitaux, des infantiles et des juvéniles, je pense que c'est à la transmission héréditaire que revient le premier rang et que c'est elle, encore, qui nous offre le type le plus achevé des dégradations physiques, intellectuelles et morales qu'un principe dégénératif soit capable de réaliser; que c'est elle, enfin, qui nous donne le tableau le plus complet de ces anomalies de la sensibilité morale et affective, de ces tics moraux, à peu près introuvables en dehors d'elle.

Quand on voit un enfant de cinq ans, de quatre ans, même, manifester les plus bizarres impulsions, les plus étranges obsessions, n'est-on pas certain, *a priori*, d'avoir devant soi un être qui a reçu avec la vie le plus triste patrimoine morbide?

C'est l'hérédité et ce ne peut être que l'hérédité qui dispose dans ces jeunes cerveaux ces ferments d'idées fixes, impulsives, dont l'apparition, à cet âge, nous déconcerte toujours et devient inexplicable dès que l'on n'admet plus la présence d'un levain héréditaire.

Si les congénitaux, les infantiles et les junéviles dont M. Bouchereau, M. Cotard et M. Christian ont parlé très justement, doivent prendre rang à côté des héréditaires dégénérés, il faut se garder d'accorder une trop grande importance à la diathèse acquise, aux dépens de la diathèse transmise.

Mais, quel que soit le point de vue pathogénique auquel on se place, la clinique, elle, nous autorise pleinement à englober, en nous basant sur la similitude de caractères généraux essentiels, tous ces êtres marqués d'une tare indélébile et frappés de déséquilibration mentale, dans un vaste groupe, sous le nom de dégénérés héréditaires.

Parmi ces caractères généraux essentiels, je n'ai à rappeler ici que ceux qui ont trait à la forme et à l'évolution de la vésanie, née sur ce terrain de choix, pour m'en servir tout à l'heure comme point de comparaison

Un mot peut suffire à les résumer : irrégularité. Sur le fond d'instabilité et de désharmonie psychique propre aux héréditaires, le délire éclate soudainement, en s'affranchissant de toute phase incubatoire, c'est un véritable accès par la brusquerie du début et aussi, généralement, par l'évolution rapide et la subite disparition des troubles intellectuels. Les idées délirantes se montrent, sur la scène morbide, pêle-mêle, se combinant et s'enchevêtrant dans le plus complet désordre, créant un aspect des plus protéiformes où les divagations peuvent être, tour à tour et d'un instant à l'autre, de nature dépressive, expansive, hypochondriaque, mystique, et où prédomine le caractère instinctif, impulsif et souvent automatique des déterminations morbides dont, fait digne de remarque, l'aliéné, au milieu du trouble même le plus grand, a souvent pleine conscience.

Une particularité qui distingue encore ces malades, c'est la facilité avec laquelle les phénomènes psychiques se compliquent d'accidents somatiques, d'ictus congestifs vertigineux ou épileptiformes d'apparence redoutable.

Si les rémissions sont fréquentes, si elles sont subites et inattendues, c'est pour laisser le sujet toujours sous le coup d'une rechute, sous la menace d'un nouveau paroxysme.

Combien différent est le tableau clinique, lorsque, abandonnant les dégénérés héréditaires, nous passons à un autre groupe non moins vaste et à délimitation certainement plus précise.

En 1852, paraissait dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire du professeur Lasègue : « Du Délire de persécution », véritable chef-d'œuvre d'analyse de psychologie morbide et d'observation clinique.

Un complexus symptomatique tiré du groupe confus et hétérogène de la mélancolie de Pinel et d'Esquirol, se trouvait, de ce jour, nettement isolé et constitué à l'état d'unité nosologique.

Dans cette description magistrale, notre maître regretté établit que les idées de persécution peuvent bien être constatées dans la plupart des maladies mentales, mais que dans le genre nouveau qu'il met en lumière, ces conceptions sont absolument prédominantes, fixes, persistantes, organisées en système et sont l'essence même de la maladie. Il montre que le délire de persécution débute par une phase d'incubation caractérisée par une inquiétude vague, un malaise confus,

par une hésitation prolongée dans le choix des interprétations qui devront fournir au malade l'explication du trouble profond qu'il éprouve; qu'à cette période prodromique, où déjà les hallucinations auditives tendent à apparaître, succède la période de systématisation dans laquelle l'aliéné construit tout son roman pathologique, sans cesse alimenté par des troubles sensoriels et dans le cercle duquel il s'enferme désormais. Le type vous est trop familier à tous, pour qu'il soit besoin d'insister.

Peu d'innovations nosographiques ont eu un succès égal à celui qu'obtint la création du « délire des persécutions » et le mémoire de l'éminent professeur devint rapidement classique. L'édifice construit alors reste toujours debout : quelques additions y ont été faites et l'observation a permis d'y apporter un couronnement, mais elle n'a point montré qu'il fallût toucher à la base.

En suivant, pendant des années, les malades atteints de délire de persécution, on remarque que le fond morbide tend peu à peu à se modifier : c'est une autre période qui se dessine et s'annonce, laquelle n'est pas sans apporter quelque changement à l'allure délirante, puisque ce sont des idées expansives qui viennent se faire jour à travers les sentiments pénibles.

Déjà Spielman, en 1855, appelait l'attention, dans son traité de dignostic des maladies mentales, sur cette tendance que présentent les persécutés à verser dans les idées de grandeur, et Morel la signalait, également, dans ses ouvrages. Mais il appartenait à M. A. Foville de montrer que ce mélange, cette association d'idées ambitieuses et d'idées mélancoliques, loin d'être une circonstance fortuite accidentelle, est, au contraire, un fait constant, une véritable loi nosologique.

Avec une grande finesse d'analyse, il a saisi le travail mental spécial, le procédé syllogistique, le mécanisme psychologique en vertu duquel les conceptions ambitieuses viennent se greffer sur le délire des persécutions, celles-ci, non moins systématisées et coordonnées que celui-là; il a fait voir comment le malade arrive à s'attribuer des talents, une fortune, des titres imaginaires et à se revêtir enfin d'une personnalité nouvelle qui explique pour lui l'acharnement qu'on met à le poursuivre. Désormais sa qualité va être proportionnée à la grandeur de ses infortunes.

Le nom de *mégalomanie* employé par M. Dagonet pour

désigner ce délire, ne saurait donc s'appliquer à une entité distincte : le délire des grandeurs n'est pas une monomanie, il n'est qu'un aspect, qu'une phase déterminée d'une maladie mentale à marche chronique dont il représente le plus haut degré de systématisation, en impliquant nécessairement comme phase antécédente, le délire des persécutions.

Pendant un temps, dont la durée est variable, les deux ordres d'idées coexistent, plus ou moins étroitement combinées; mais, insensiblement, les sentiments tristes et dépressifs s'émoussent, s'atténuent, s'effacent devant les conceptions orgueilleuses qui tendent à prédominer, bien que les rêves de grandeurs soient troublés par de dures réalités qui provoquent des protestations, et que le bonheur soit loin d'être sans mélange, car, comme le remarque Calmeil, « les souverains des Petites-Maisons déplorent parfois avec amertume, l'injustice de leurs prétendus sujets ».

Mais, dès lors, la vraie saillie délirante est le fait des idées expansives. Paré de sa personnalité nouvelle, l'aliéné ne vous entretient plus guère que de ses visées ambitieuses; peu à peu les idées de persécution sont abandonnées sur la route du délire; et si quelques-unes s'attardent et l'accompagnent jusqu'au terme, elles ne sont plus qu'un pâle reflet d'un passé déjà lointain. A cette date de sa maladie, l'individu représente bien nettement tous les dehors de la folie des grandeurs; c'est un mégalomane, si on ne le considère qu'à ce moment de son affection mentale, mais l'enquête retrospective nous montre quelles infortunes, quels tourments il a traversés pour aboutir à cette apothéose.

Tout près de celle-ci, du reste, est la chute dans la démence terminale. A mesure qu'il grandit dans sa propre estime, qu'il se hausse sur un piédestal, l'aliéné descend dans l'échelle intellectuelle: son activité cérébrale faiblit visiblement.

Il semble bien, du reste, que le passage des idées de persécution aux idées de grandeur marque une rupture encore plus profonde avec le possible et le vraisemblable. Le persécuté peut encore trouver des oreilles complaisantes disposées à écouter ses plaintes et ses récriminations, des personnes assez crédules pour épouser sa cause, le mégalomane heurte trop violemment dans la plupart des cas la réalité extérieure, pour avoir quelque chance de recruter des adhérents.

Toujours est-il qu'après un intervalle variable, il se mani-

feste dans l'échafaudage du délire des signes de décrépitude. Parfois, celle-ci est relativement précoce et le délire est vieux avant l'âge, mais, le plus généralement, elle est fort tardive, surtout quand l'on sait se reporter au véritable début de l'affection mentale qui remonte à vingt, trente, quarante ans et plus, comme il m'a été donné de le constater fréquemment lors de mes visites d'inspection à la maison de Charenton, dans les services de MM. Christian et Ritti.

Peu à peu, les idées perdent de leur coordination; on ne saisit plus le lien qui les enchaînait étroitement et visiblement autrefois; l'édifice s'ébranle, se disloque, se dissocie pièce à pièce, et bientôt il n'en subsistera plus que des vestiges plus ou moins informes. Celui que nous avons connu inquiet, tout d'abord, puis persécuté, puis mégalomane est devenu un dément.

Voilà donc une maladie mentale dont la tendance à la chronicité s'affirme par une évolution progressive, systématique, par la succession de quatre stades nettement définis et apparaissant invariablement dans le même ordre.

1° La première période, dite d'incubation, où le malade troublé, inquiet, concentré, replié sur lui-même, en état permanent d'éréthisme psycho-sensoriel, aborde, après des hésitations plus ou moins longues, les interprétations délirantes.

2° La deuxième période constituée par l'organisation d'un délire de persécution, où les idées maladives, sans cesse alimentées par des troubles sensoriels, prennent corps, s'installent, se coordonnent et se systématisent.

3° La troisième période caractérisée par l'intervention d'idées de grandeur, marquant la systématisation ultime du délire et la transformation du moi maladif.

4° La quatrième période, phase terminale de l'évolution vésanique, où l'échafaudage délirant s'écroule pièce à pièce, et où tout dénonce la déchéance mentale, la démence irrémédiable.

Nous sommes loin, on le voit, de cette irrégularité que nous constations à propos du délire des dégénérés héréditaires : là, tout était livré à l'aventure, au désordre, ici, au contraire, la marche de la vésanie est soumise à des lois immuables, et c'est lentement, progressivement, méthodiquement, que l'affection mentale déroule magistralement ses périodes, sans laisser place à l'imprévu, ni du reste à l'espoir d'une rétrocession, si ce n'est au début.

Aujourd'hui que cette espèce nosologique est bien connue, le délire des persécutions pas plus que le délire des grandeurs ne sauraient être envisagés comme des entités cliniques, irréductibles, puisqu'ils ne sont, l'un et l'autre, que des aspects différents d'une même maladie dont ils traduisent seulement une saillie symptomatique aux deux temps principaux de son évolution.

Et puisqu'il s'agit là d'une seule et même maladie, il convenait de la désigner par un seul et même nom, et le vocable choisi devait autant que possible énoncer la particularité essentielle, le mode évolutif.

La dénomination de « délire chronique » appliquée par M. Magnan et ses élèves à ce long processus vésanique, satisfait à peu près à cette exigence. On doit convenir cependant qu'elle n'échappe pas à toute contestation, et on peut lui adresser le reproche de donner plutôt l'idée d'un délire quelconque, à longue durée, que d'une espèce nosologique distincte, à marche chronique, c'est vrai, mais aussi et avant tout, à évolution progressive spéciale, par stades apparaissant toujours dans un ordre fatal. L'expression « psychose systématique progressive » indiquerait peut-être mieux le fait de cette modalité évolutive, mais elle est déjà plus compliquée, et, partant, d'un emploi moins commode que celle de « délire chronique », qui a l'avantage de marquer nettement l'opposition avec la folie des dégénérés, où la forme paroxystique et remittente est la loi.

Et maintenant, Messieurs, est-ce à dire qu'avec les divisions proposées, nous devions toujours être certains de classer tous les faits et de n'en laisser aucun au dehors de nos catégories ? La clinique mentale est trop féconde en combinaisons multiples, et formée d'éléments trop mobiles, pour qu'il ne se présente pas à l'observation, de temps à autre, des types indécis qui ne rentrent qu'avec effort dans nos cadres toujours plus ou moins arbitrairement tracés.

En matière morbide, l'absolu n'existe pas et c'est avec le relatif qu'il faut compter. Mais, sans prétendre en rien à la rigueur des classifications et des nomenclatures, précision qui est le lot des sciences naturelles, nous ne devons pas cesser de poursuivre avec le plus grand soin l'étude des caractères généraux des espèces morbides et de nous assurer ainsi quels sont les genres irréductibles, afin d'éviter de voir autant d'entités cliniques distinctes, des variétés de monomanie là où

il n'y a, en réalité, que des symptômes saillants et prédominants.

Est-il nécessaire d'insister sur l'utilité qu'il y a pour la sûreté du pronostic, à pouvoir discerner, d'après les caractères généraux ci-dessus exposés, si tel délire ambitieux, par exemple, s'est développé suivant l'ordre évolutif propre au délire chronique ; ou bien, au contraire, s'il est né de toutes pièces, sans phase préparatoire, et si, en somme, il est sans tenant et sans aboutissant?

Dans le premier cas, l'incurabilité est la règle, comme je me suis efforcé de le démontrer, il y a une dizaine d'années, dans le second, ce n'est ni plus ni moins qu'une aventure délirante, sinon sans conséquence, du moins, le plus souvent,sans lendemain.

Je suis convaincu, pour ma part, que, en dehors des délires liés aux intoxications, aux névroses, aux lésions organiques de l'encéphale et des formes élémentaires, comme la manie et la mélancolie, la division des aliénés en ces deux grandes classes : 1° les dégénérés héréditaires ; 2° les délirants chroniques, est, à un point de vue généralisateur, une conception que l'observation clinique légitime et qui ne peut être que féconde en résultats pratiques.

Il est vrai que M. Magnan admet, entre ces deux grands groupes, un type intermédiaire, pour donner place aux folies intermittentes; mais, au risque d'encourir le reproche de me montrer ici plus royaliste que le roi, il me paraît que les aliénés intermittents ne se trouvent point à égale distance des délirants chroniques et des dégénérés héréditaires, et qu'ils se rapprochent, au contraire, tellement de ces derniers, qu'ils vont à peu près se confondre avec eux, en formant, si l'on veut, un sous-genre avec les trois modalités caractéristiques: paroxystique simple, périodique, alternante ou circulaire.

Il me semble que pour constituer l'essence d'une maladie à accès nettement définis, il est besoin d'une tare constitutionnelle, d'un vice diathésique qui, tantôt sommeillant, tantôt en activité, peut donner seul la raison de ces retours subits, se renouvelant à des intervalles plus ou moins rapprochés et sous une forme plus ou moins identique et ne pouvant être mieux comparés qu'aux accès d'une névrose, laquelle n'en existe pas moins d'une manière permanente, pour ne pas être sans cesse en état de manifestation bruyante.

Chez les intermittents, l'instabilité mentale, la désharmo-

nie morale peut être moins évidente, moins accusée que chez les dégénérés héréditaires, mais elle m'a toujours paru exister dans une certaine mesure.

L'observation a depuis longtemps prouvé, d'ailleurs, que dans l'immense majorité des cas, ces malades sont véritablement imprégnés d'hérédité.

Messieurs, j'aurais eu à m'occuper, au cours de cet exposé, de bien d'autres particularités intéressantes, mais j'ai dû me borner à suivre les grandes lignes, pour ne pas lui donner une étendue démesurée.

Il m'eût fallu parler, notamment, de ces aliénés persécutés qui diffèrent si visiblement des persécutés ordinaires, c'est-à-dire des délirants chroniques, et qui s'en écartent même à tel point que, pour la plupart, ils doivent être séparés de ce groupe pour être classés parmi les héréditaires.

Obligé de me limiter, je ne pouvais que poser les termes de la question.

*De la suggestion. — Action des médicaments à distance chez des hystéro-épileptiques. — Action de l'aimant et des métaux. — Hémorragies cutanées. — Changements psychiques et somatiques.* — M. Jules Voisin. Les faits que je rapporte ont déjà été observés par d'autres observateurs, mais leur interprétation est différente de la mienne. Le mode d'expérimentation employé doit être la cause de cette différence. Nos expérimentations ont porté sur quatre points : 1° l'action des médicaments à distance; 2° l'action des métaux : or, argent, mercure; 3° l'action de l'aimant; 4° la suggestion directe.

Avant de tenter toute expérience, j'ai eu soin de bien déterminer l'état dans lequel se trouvaient mes malades : c'est là un point très important à déterminer et que tout expérimentateur ne doit pas négliger. Chez le malade V... cette précaution est d'autant plus importante que ce malade est d'une sensibilité extraordinaire. Il passe d'un état à un autre avec la plus grande facilité sous l'influence d'une légère excitation et qui peut parfois passer inaperçue de la part de l'expérimentateur. Généralement on est prévenu que le malade passe de l'état somnambulique à l'état de catalepsie ou de léthargie, par un grand soupir ou une grande inspiration. Il en est de même pour son passage de l'état de veille dans l'un de ces états. — Tout changement d'état était signalé aussi par une modification de la respiration chez E. H... L'excitant est variable : tantôt c'est le contact d'une pièce d'or, tantôt

c'est le frôlement d'un objet sur la face dorsale de la main, tantôt c'est un souffle, tantôt c'est la fermeture ou l'ouverture d'une paupière ou encore la compression du globe oculaire.

Le plus grand silence aussi régnait pendant tout le temps des expériences. Il était recommandé aux assistants de ne pas faire part de leurs impressions, même à voix basse, car ces sujets plongés dans le sommeil hypnotique sont susceptibles de tout entendre, dans n'importe quel état. Eudoxie H... montre que, même en catalepsie, les sujets sont sensibles aux suggestions. Les objets étaient préparés d'avance et cachés, pour que leur vue ne fût pas une cause de suggestion et que le bruit occasionné par leur préparation ne mît pas la malade en éveil.

Pour l'expérimentation des médicaments à distance, voici ce que je fis pour V... Des flacons de couleur sombre furent bouchés, cachetés et numérotés; les numéros correspondaient à une liste de médicaments que mon interne en pharmacie seul connaissait. Quant je présentais ces flacons à mon malade, je ne savais donc pas quelle substance ils renfermaient. Pour Eudoxie H... j'annonçai le médicamment et ses effets, et avec un flacon vide j'obtins des résultats au bout de 18 minutes à peu près, quoique ma malade fût en catalepsie et non en somnambulisme.

Voici les résumés des expériences qui furent faites sur V... en présence de M. Féré, médecin de la Salpêtrière, et de MM. Chaslin, Sollier et Artaud, internes de l'hospice.

V... est mis en léthargie, on applique sans mot dire sur la nuque ou sur son bras les flacons les uns après les autres, pendant plusieurs jours consécutifs, et on n'observe aucun phénomène. Un jour, en tenant un flacon appliqué devant lui je dis : Je crois que ce flacon a de l'odeur; aussitôt V... fait des inspirations bruyantes et a des efforts de vomissements; M. Féré ajoute : Il ne manque plus que le vomissement aussitôt il se produit.

Or ce flacon. que je croyais être un flacon contenant de l'ipéca, était un flacon vide. La suggestion ou l'auto-suggestion était manifeste dans ce cas.

Dans l'état somnambulique il ne se produit aussi aucun effet.

Enfin, dans l'état de veille, quand on présente un flacon à ce malade et qu'on lui demande de nous indiquer par les symptômes qu'il présentera la nature du médicament, nous

voyons V... s'hypnotiser en regardant ce flacon et nous donner invariablement des vomissements.

Nous fîmes coucher V... sur un lit sous l'oreiller duquel on avait mis un jour un flacon d'alcool, un autre jour un flacon d'ipéca, enfin une troisième fois un aimant, et jamais nous ne vîmes se développer, soit à l'état de veille ou à l'état d'hypnotisme, des symptômes d'empoisonnement ou des symptômes d'attraction.

Pour moi, les flacons n'ont agi que par suggestion et je crois l'avoir démontré. Les expériences que j'ai faites sur Eudoxie H... la dormeuse de la Salpêtrière, viennent encore à l'appui de cette théorie.

L'aimant appliqué contre V... sans qu'il sans doute, n'a jamais rien produit non plus, et cela aussi bien à l'état de veille qu'à l'état léthargique ou à l'état somnambulique. La polarisation psychique ne fut pas obtenue non plus. Un aimant, au contraire, placé devant les yeux de V... à l'état de veille, l'attire, il se précipite vers l'instrument, les yeux fixes, et une attaque se produit. La suggestion parait encore la cause ici de ce phénomène.

J'ai recherché aussi l'action des métaux; je savais déjà que l'or le brûlait et, d'après la thèse de M. Berjon (1), j'ai appris qu'un thermomètre à mercure appliqué dans l'aisselle lui produisait la même sensation. Je pris des pièces d'or, je les appliquai sur sa main ou sur n'importe quelle partie du corps, quand il était à l'état de veille, et chaque fois je produisis la brûlure, rougeur de la peau et même vésication. Le contact de l'or amenait quelquefois une attaque. La vue aussi de l'or l'indisposait, le mettait mal à l'aise, et ma montre ou ma chaîne ont très souvent provoqué une attaque. Mais si on applique cet or sur sa main, sans qu'il sans doute, on ne produit aucun effet. C'est ce que je fis le 15 septembre en mettant sous des bougies des pièces d'or et d'argent, et en les appliquant directement sur la main. La bougie a-t-elle été cause d'une suggestion et, par ce fait, cause de l'absence de toute manifestation. Si j'endors le malade et que je lui suggère que l'or ne peut le brûler, une fois réveillé on applique impunément ma montre, ma chaîne ou des pièces d'or sur sa main.

(1) Berjon, *La grande hystérie chez l'homme. Phénomènes d'inhibition et de dynamogénie. Changements de la personnalité.* Paris 1886. J-B. Baillière et fils.

Si au contraire je lui ai suggéré que l'argent doit le brûler, aussitôt réveillé, l'argent, pour lequel il était insensible jusqu'alors, le brûle à son tour.

Un thermomètre à mercure même dans son étui, placé dans son aisselle, le brûle. La peau rougit immédiatement. Je prends une baguette de verre pour voir si le verre est cause de la brûlure. Je ne produis aucun effet. Alors, sans rien dire et sans que le malade s'en aperçoive, je mets l'étui vide sous l'aisselle et j'obtiens encore la brûlure. N'est-ce pas là un effet péremptoire dû à la suggestion?

Dois-je, en m'appuyant sur ces faits, nier ce que l'École de la Salpêtrière nous a appris sur les faits physiques des métaux et des aimants, et avec Bernheim rapporter tous les phénomènes constatés chez les hystériques à la suggestion? Il me faut d'autres observations pour me convaincre absolument. Mais ce que je puis affirmer, c'est que par la suggestion je produits des effets physiques et que par cette même suggestion je puis empêcher des effets physiques de se produire, et que les phénomènes divers observés chez les hystériques sont augmentés ou entretenus par la suggestion.

La suggestion directe chez V... est d'une facilité étonnante. mais, en revanche, la suggestion mentale à distance n'a pu être provoquée. La suggestion est de courte durée. Par l'éducation, nous pourrions peut-être la rendre plus durable, Généralement, au bout de vingt quatre ou trente-six heures. V... n'exécutait plus ce qu'on lui avait commandé. C'est ainsi que les suggestions relatives à sa conduite : « être poli, être économe, bien travailler, ne pas fumer, etc., » duraient tout au plus la journée. Mais quand on avait soin chaque jour de lui faire les mêmes suggestions, on était étonné de sa docilité. Ceci nous montre qu'au point de vue pédagogique, on peut utiliser la suggestion.

Nous reproduisîmes sur ce malade les expériences de M. Mabille : les hémorragies cutanées par suggestions.

Tout individu qui a déjà endormi V... peut toujours l'endormir et lui faire des suggestions malgré la recommandation contraire d'un des hypnotiseurs. La suggestion dans ce cas est difficile, il y a une très grande résistance de la part du somnambule. Quand les deux suggestions sont contraires, le sujet manifeste sa résistance par des impatiences et par un refus catégorique. Il vous dit : « Non vous n'êtes pas le maitre, » et enfin, si vous le pressez trop vivement, il y a

une lutte mentale qui peut se terminer par une léthargie complète avec arrêt du cœur et de la respiration et crachements de sang au réveil. Il y a donc là un trouble circulatoire considérable des plus dangereux.

Sous l'influence de la suggestion, nous pouvons changer l'état de la sensibilité générale et de la sensibilité sensitivo-sensorielle du sujet, l'état de sa motilité ; nous pouvons enfin modifier sa personnalité, lui suggérer l'idée qu'il est docteur, général, etc. Eh bien, cette facilité de changer la manière d'être du sujet ne nous explique-t-elle pas en partie ces changements d'état du sujet, portés à six par MM. Bourru et Burot?

Une idée triste chez lui amène toujours l'image de la vipère et consécutivement une attaque à la suite de laquelle il est paralysé des jambes et est transporté à Saint-Urbain, âgé de quatorze ans et ne sachant ni lire ni écrire.

Une idée gaie amène l'image de libations, de festins, et le voilà après une attaque transporté à Rochefort, hémiplégique et hémianesthésique droit, ayant le verbe haut et insolent.

La vue de l'aimant lui produit une attaque, et il se trouve transporté à l'hospice de Bicêtre, hémiplégique et hémianesthésique gauche, avec le carractère doux et docile. Il est bon de noter que c'est à Bicêtre que pour la première fois il vit un aimant.

Si on suggère au malade à l'état de somnambule de le transporter soit à Saint-Urbain, soit à Rochefort, soit à Bonneval, etc., etc., nous obtenons les mêmes résultats. Le malade a une attaque après laquelle il présente l'état décrit plus haut. Pour revenir à l'état normal, il présente en ébauche toujours aussi une attaque. Tous ces changements d'état sont donc consécutifs à des attaques convulsives, s'accompagnant d'hallucinations, et sont les mêmes.

Le malade est comme figé dans son état physique et mental, n'ayant aucune conscience de ses états antérieurs. Ne pouvons-nous pas considérer ces états comme étant la dernière phase d'une attaque hystérique, phase de délire hallucinatoire qui durerait plusieurs semaines ou plusieurs mois, au lieu de durer plusieurs heures ou plusieurs jours, comme cela a lieu chez la plupart des hystériques ou des épileptiques ? Dans ces cas, les idées dominantes ou les hallucinations ou le souvenir joueraient le rôle de suggestion ou d'autosuggestion.

M. Ch. Féré. — Les observations que vient de présenter M. Voisin montrent clairement que chez le nommé V... on peut provoquer un grand nombre de phénomènes physiologiques, par suggestion : ce fait qui avait été méconnu est incontestable. Elles prouvent encore que la suggestion peut, chez ce même sujet supprimer certains effets physiologiques ; il n'y a pas lieu de s'en étonner, si comme j'ai essayé de le démontrer le processus physiologique de la suggestion peut être rapproché de celui de l'attention. Lorsqu'un individu quelconque est expressément prévenu qu'il va subir une excitation et que cette excitation sera faite dans un temps donné, il peut arriver que cet individu réagisse avant l'excitation; la suggestion d'une sensation fictive peut être rapprochée de ce phénomène. Si au contraire le même individu est prévenu, de telle sorte qu'il puisse croire que la même excitation n'aura pas lieu, on voit que le temps de réaction est considérablement allongé, et même la réaction peut manquer si l'excitation a été très faible : il n'y a pas loin de là à la suggestion d'une anesthésie. Mais quand on a établi que la suggestion est capable de déterminer une réaction quelconque en dehors de toute excitation réelle, on a prouvé que la représentation mentale peut remplacer l'excitation; mais on n'a pas prouvé que ce qu'une représentation mentale peut faire, l'excitation réelle ne peut pas le faire. C'est pourtant ce que prétendent ceux qui soutiennent que c'est exclusivement à la suggestion que sont dus les effets de l'aimant et des autres esthésiogènes.

De ce que la suggestion peut produire les effets attribués par quelques observateurs à l'action des médicaments à distance, il n'en découle pas nécessairement que cette action soit nulle. Je l'ai déjà recherchée sur plusieurs sujets sans l'observer, mais je ne la nie pas. C'est une question qui mérite d'être étudiée de près, elle n'est en effet peut-être pas sans rapport avec une autre question, la question des médicaments à petites doses, dans la discussion de laquelle on n'a pas toujours apporté la rigueur scientifique désirable. Il serait intéressant de rechercher si les doses infinitésimales, comme les médicaments à distance, n'agissent pas principalement sur les névropathes, sur les sujets hyperexcitables à tous les agents physiques : on pourrait citer un certain nombre de faits d'intolérance en faveur de cette opinion. Qu'elle est la part de l'imagination dans ces phénomènes?

M. Marcel BRIAND. — J'appelle toute l'attention de la société sur les faits forts instructifs que vient de nous rapporter M. Voisin. Ils constituent un appoint très appréciable à l'opinion de M. Bernheim, de Nancy, qui attribue à la suggestion la production de beaucoup de ces phénomènes si singuliers qu'on observe chez les hystériques. Je ne crois pas que les tendances du professeur de Nancy infirment en rien les doctrines de la Salpêtrière, il n'y a là qu'une nouvelle interprétation à joindre à celles déjà données; mais j'avoue que lorsqu'on examine de près certains hystériques, on est souvent tenté d'aller chercher fort loin des explications que la suggestion, qui nous réserve encore bien des surprises, ne peut fournir. J'incline, pour ma part, à penser qu'il en est en particulier de même pour les si singulières manifestations du malade de M. Bourru. J'observe en ce moment, dans mon service à Villejuif, une de ces hystériques sur les bras de laquelle il suffit d'appliquer une feuille de papier à cigarettes mouillée, pour voir, le lendemain, l'épiderme soulevé dans toute l'étendue de ce nouveau vésicatoire. (Il est bien entendu que pour faire réussir l'expérience, il faut la malade endormie.) Inversement, il m'est arrivé de lui appliquer, dans une circonstance, une rondelle d'emplâtre vésicant, en lui suggérant l'idée qu'il s'agissait d'une simple feuillle de papier qui resterait sans effet, et de constater, le lendemain, que la peau n'avait subi en cet endroit aucune modification.

Ch. V.

---

## JOURNAUX ANGLAIS

### THE JOURNAL OF MENTAL SCIENCE

(Octobre 1886)

LA FOLIE DU ROI LOUIS II, DE BAVIÈRE, par le Dr WILLIAM W. IRELAND, de Preston Lodge, Prestonpans.

Histoire détaillée et examen de la folie du roi Louis II, dont la mère était aliénée, et dont le frère, qui est son successeur, a été également atteint de maladie mentale. — Le père, de son côté, était un excentrique dont les débauches

furent scandaleuses. La maladie de Louis est devenue certaine à partir de 1880. Il était fort halluciné. A l'autopsie on trouva dans son cerveau de nombreuses altérations; les méninges étaient notablement épaissies, notamment dans la région frontale.

Des moyens de conserver l'esprit médical dans les asiles d'aliénés, par le Dr S.-A.-K. Strahan, licencié en droit, médecin adjoint de l'asile du comté, Northampton.

L'esprit médical se perd dans les asiles d'aliénés. Pour l'y conserver, le Dr Strahan propose les moyens suivants : séparer les malades curables des incurables; donner aux infirmiers les notions élémentaires du traitement; multiplier le nombre des médecins et leur enlever la gestion administrative des asiles, afin qu'ils puissent se consacrer exclusivement au côté scientifique et professionnel de leurs fonctions.

Remarques sur l'usage et l'abus de l'isolement absolu, par le Dr J.-A. Campbell.

Cet isolement est quelquefois utile ou nécessaire soit comme moyen de traitement proprement dit, soit pour sauvegarder la sécurité des autres personnes. Il convient d'y avoir recours dans la manie épileptique, dans l'excitation due à la paralysie générale, dans la manie aiguë.

Rapports des mariages consanguins et des défectuosités mentales, par le Dr G.-E Shuttleworth, médecin en chef de l'asile royal Albert, Lancastre.

L'auteur est d'avis que les mariages consanguins n'ont d'inconvénients que si les époux sont eux-mêmes d'une mauvaise constitution et présentent des traces ou des germes de maladies mentales et nerveuses.

De l'augmentation du nombre des aliénés, par le Dr D. Hack Tuke.

Pour élucider le sujet de son mémoire, M. le Dr D. Hack Tuke part de ce principe incontestable qu'il faut mettre en regard le nombre des cas de maladies mentales et le chiffre de la population, pendant les diverses périodes de temps qu'il s'agit de comparer. Il faut également, en ce qui concerne la statistique des asiles, tenir compte des rechutes et des transferts. Six tableaux, dressés avec tout le soin que l'éminent observateur apporte dans ses travaux scientifiques, et dont les cinq premiers sont partagés, autant que possible, en périodes quinquennales, donnent les résultats des recherches du Dr Tuke. Le dernier et le plus intéressant de ces tableaux

concerne les aliénés admis pour la première fois dans les asiles, à la suite d'une première attaque; il comprend une période de huit années, 1878-1885, pendant lesquelles la proportion a été presque la même, manifestant plutôt en dernier lieu une légère décroissance. En 1885, le rapport du nombre d'aliénés et d'idiots en Angleterre et en Écosse avec le chiffre de la population était de 28,760 pour 10,000,000 d'habitants.

## BRAIN

(Octobre 1886)

Des régions excitables de la couche corticale du cerveau et de leurs rapports avec les cordons de la moelle épinière, par le Dr Maurice Schiff, de Genève, et le Dr Victor Horsley, professeur à l'Université de Londres.

Note sur deux faisceaux nouvellement décrits dans la moelle épinière, par Charles S. Sherrington.

Ce sont des faisceaux ascendants; on les trouve dans toute la hauteur de la moelle, entre les faisceaux pyramidaux et les faisceaux cérébelleux. Ils ont été signalés par Woroschiloff, Gowers, Bechterew. D'après des expériences répétées par M. Ch. Sherrington, ces faisceaux auraient une fonction sensorielle centripète.

Les cavités latérales du quatrième ventricule dans leurs rapports avec certains kystes, certaines tumeurs du cervelet, et avec la méningocèle occipitale, par le Dr J. Bland Sutton.

L'auteur résume ainsi son mémoire:

1° Si les cavités latérales du quatrième ventricule ont été fermées ou ont fait défaut au début de la vie embryonnaire, il s'ensuit une dilatation de la troisième vésicule cérébrale, ce qui donne lieu à une méningocèle ventriculaire, faisant saillie à l'occiput;

2° Si les cavités latérales se ferment après la naissance, il en résulte un ou plusieurs kystes locaux;

3° Les franges choroïdiennes qui occupent les cavités latérales, peuvent grossir et former une tumeur villeuse;

4° Une tumeur de ce genre favorise l'accumulation des sels de chaux.

De l'urine chez les aliénés, par le Dr Ernest Birt.

Observation d'épilepsie sensorielle, par le Dr James Anderson, médecin adjoint au London Hospital.

Le malade qui fait l'objet de cette observation avait par accès, par attaques, des sensations particulières, notamment une sensation de forte amertume dans la bouche, ainsi que des hallucinations visuelles et auditives. Les attaques pouvaient être considérées comme analogues aux attaques d'épilepsie; elles venaient par décharges momentanées, et possédaient les caractères de l'épilepsie jacksonnienne. L'autopsie fit découvrir, à la base du cerveau, une tumeur kystique à plusieurs lobes, qui prenait manifestement naissance dans le corps pituitaire, et se portait surtout à gauche et en arrière. Le Dr Anderson insiste sur la nature paroxystique des divers troubles sensoriels, et croit que la tumeur les produisait par son action indirecte sur les parties de l'écorce cérébrale où Ferrier a localisé le sens du goût.

Dr VICTOR PARANT.

---

# JOURNAUX ALLEMANDS

## NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

(1886)

W. BECHTEREW. FONCTIONS DES COUCHES OPTIQUES CHEZ LES ANIMAUX ET CHEZ L'HOMME.

En examinant la question des mouvements d'expression en général, Bechterew isole et considère comme formant un groupe particulier les mouvements qui servent exclusivement à l'expressiondes émotions et sont totalement indépendants de la volonté. Ce sont pour lui des « mouvements d'expression innés ». Il examine ensuite le mode d'expression des différentes émotions chez les animaux sur lesquels ses expériences ont porté (grenouilles, pigeons, rats, lapins et chiens). Comment se comportent les mouvements réflexes d'expression chez les animaux dont les hémisphères cérébraux ont été enlevés? Après l'ablation des hémisphères cérébraux consécutivement à des excitations périphériques (de la peau et des organes des sens spéciaux), ils exécutent encore ces mouvements complexes qui, à l'état normal, servent à exprimer, selon l'espèce, les affections et les émotions. Pour délimiter

le point où est localisé ce mécanisme réflexe, Bechterew a tantôt enlevé les hémisphères cérébraux avec les couches optiques, tantôt il n'a détruit que ces dernières, ou les a directement excitées par l'électricité. Voici quel a été le résultat de ces recherches, aussi nombreuses que variées :

1° Les animaux dont les *hémisphères cérébraux* ont été *enlevés*, ne peuvent exécuter spontanément ni mouvements volontaires ni mouvements d'expression; mais, consécutivement à certaines excitations, et par conséquent d'une manière purement réflexe, ceux-ci peuvent être produits, et avec une plus grande constance que chez les animaux normaux;

2° Après *l'ablation des hémisphères cérébraux et des couches optiques*, les animaux perdent non seulement la faculté d'exécuter spontanément des mouvements volontaires et des mouvements d'expression : mais ceux-ci ne peuvent plus être provoqués par voie réflexe, c'est-à-dire par des excitations du tégument cutané ou des sens spéciaux; seules des excitations douloureuses intenses de la peau sont encore capables de déterminer chez ces animaux des manifestations d'agitation générale et des cris réflexes;

3° *L'Excitation des couches optiques* détermine aussi bien chez les animaux dont les hémisphères cérébraux ont été enlevés que chez ceux qui les ont, des phénomènes de mouvement sur différentes parties du corps, et en particulier sur celles qui servent à l'expression des émotions (mouvements de la face et des oreilles, cris divers, etc.);

4° Enfin, les animaux dont *les couches optiques seules sont détruites* (la partie postérieure du thalamus), mais dont *les hémisphères cérébraux* sont *indemnes*, conservent leur motilité volontaire, mais perdent la faculté d'exprimer leurs émotions par des mouvements; seules, des excitations douloureuses intenses réussissent encore à provoquer quelques-uns de ces mouvements (cris réflexes, agitation générale, etc ), mais les excitations cutanées faibles et celles des sens spéciaux demeurent sans succès à cet égard.

Les couches optiques jouent donc un rôle important dans l'expression des sentiments et des émotions. — Les mouvements d'expression de cette nature qu'on observe encore après l'ablation des hémisphères et des couches optiques, sous l'influence d'excitations douloureuses, et qui ressemblent tant à des réflexes, dépendraient de centres situés dans la moelle allongée. — Bechterew a aussi démontré ici que les couches

optiques exercent une influence sur l'activité de quelques centres réflexes et automatiques inférieurs (centre vaso-moteur, centre de la respiration), dont on connaît le rôle dans l'expression des émotions.

Dans un dernier chapitre, il a réuni des observations favorables, d'une part, à l'existence de voies nerveuses distinctes, 1° pour les mouvements volontaires, et 2° pour les mouvements d'expression des sentiments et des émotions, et, d'autre part, de nature à confirmer le fait que les couches optiques représentent des centres de l'innervation non volontaire des différents groupes musculaires. Outre les observations de paralysie mimique isolée, il y a des cas d'hémichorée où des lésions des couches optiques ont été notées. Par des lésions partielles du thalamus, Bechterew a même réussi à provoquer chez les animaux des mouvements choréiformes sur les muscles de la moitié opposée du corps. J. Soury.

---

# NOUVELLES

Nominations et promotions. — M. le Dr Taty (J.-M.), ancien interne de l'asile de Bron, est nommé pour deux ans chef de clinique des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Lemoine, appelé à d'autres fonctions ; — M. le Dr Laffitte, médecin directeur de l'asile de St-Luc, près de Pau, est admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin directeur honoraire ; — M. le Dr Marandon de Montyel, médecin directeur de l'asile de Dijon, est nommé médecin directeur de l'asile de St-Luc ; — M. le Dr Dumas, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est nommé médecin directeur de l'asile de Dijon et placé dans la 2e classe de son grade (6.000 fr,) ; — M. le Dr Nollet, médecin adjoint à l'asile de Dijon, est nommé médecin adjoint à l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le Dr Vidal ; — M. le Dr Bellat, médecin adjoint à l'asile de Prémontré, est nommé médecin adjoint à l'asile de Dijon.

Direction de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance. — M. Monod, préfet du Finistère, est nommé directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance au ministère de l'intérieur, en remplacement de M. le Dr Cazelles, nommé conseiller d'État.

M. Monod est l'auteur d'un grand nombre d'études relatives à l'hygiène, à l'assistance publique et aux enfants abandonnés, études qui lui ont valu tout récemment l'un des prix décernés par l'Académie.

Faculté de médecine de paris. — La Faculté vient de décerner les prix pour l'année 1886. Parmi les lauréats, nous sommes heureux de trouver M. le Dr Régis, notre distingué collaborateur, qui a obtenu un prix de 800 fr. (prix Châteauvillard) pour son *Manuel pratique de médecine mentale;* M. le Dr François Raspail, auquel une mention honorable est accordée (prix Barbier) pour une sonde nouvelle en gomme destinée au lavage de l'estomac par la voie nasale chez les aliénés sitiophobes et une mention honorable pour sa thèse; M. le Dr Pottier qui a obtenu une mention honorable pour sa thèse sur les *Persécutés persécuteurs.*

Laboratoire de la clinique des maladies mentales. — M. Lefèvre (Ch.), externe des hôpitaux, est nommé aide du laboratoire de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Boyé, démissionnaire.

Prix de la Société médico-psychologique. — *Prix proposés pour 1888.* — Prix Aubanel. — 2.400 fr. — Question : *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.*

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 fr. plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 fr., sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues dans les Facultés de médecine de France sur une question de pathologie mentale ou nerveuse. — Les mémoires imprimés et les thèses devront avoir été publiés en 1887.

*Prix proposés pour 1889.* — Prix Belhomme. — 900 fr. — Question : *Rechercher s'il existe des caractères anatomiques, physiologiques ou psychologiques propres aux criminels.*

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que

les thèses, devront être déposés, pour les prix de 1888, le 31 décembre 1887, et, pour le prix Belhomme, le 31 décembre 1888, chez M. Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

---

## UNE FÊTE A L'ASILE DE VILLEJUIF

C'était fête à l'asile de Villejuif le 7 février dernier. Grande représentation théâtrale suivie de bal. Les malades ont très finement joué la jolie comédie de Labiche, *Embrassons-nous Folleville.* Costumes de théâtre, toilettes de bal, fleurs, rafraîchissements, rien n'a manqué à cette fête qui a obtenu un très vif succès et a fait la meilleure impression sur l'esprit de tous.

Il faut remercier le Conseil général de la Seine, qui, si soucieux de tout ce qui peut contribuer au bien-être et à la guérison de ses malades, vote largement et libéralement les crédits de ces fêtes.

L'orchestre, sous l'habile direction du mari d'une des pensionnaires était composé d'une quinzaine de musiciens. Il faut dire que cette fois-là les artistes jouaient devant un public de choix. En outre des nombreux parents, du personnel médical et administratif de la maison, l'on remarquait dans l'assistance M. Bourgeois, directeur des affaires départementales au ministère de l'Intérieur, M. Pothier, vice-président de la Commission de surveillance, MM. Bourneville, Germain Casse, députés de la Seine, MM. Rousselle, Davoust, Georges Berry, conseillers généraux, M. Roux, directeur des affaires départementales à la Préfecture de la Seine, assisté de MM. Babut, chef de division, et Leclère, chef de bureau, le Dr Reulos, maire de Villejuif. Nous nous reprocherions de ne pas ajouter qu'un certain nombre de dames ont bien voulu par leur présence relever l'éclat et le charme de cette soirée.

On ne saurait trop insister sur l'importance de ces fêtes de famille au point de vue du traitement; surtout si l'on considère qu'elles sont organisées uniquement par les malades, sans l'intervention d'aucun artiste étranger. Etudes des rôles de la pièce, confection des toilettes de bal, décoration de la salle, etc., tout devient le prétexte d'une distraction à laquelle il n'est permis d'aspirer que si l'on a rempli toutes les exigences du traitement.

Aussi, à ce point de vue, les considérons-nous comme beaucoup

plus profitables que les représentations données par des personnes étrangères, chanteurs ou autres qui viennent un instant seulement amuser les malades. Avec le système de ces rerésentations données par les pensionnaires, aussitôt une fête terminée, on pense déjà à préparer la suivante.

---

# NÉCROLOGIE

## J. BÉCLARD

Un malheur des plus graves vient de frapper la Faculté, l'Académie et le monde médical tout entier. M. Jules Béclard, notre bien-aimé doyen, vient de succomber en quelques jours à une pneumonie, à l'âge de 69 ans. Une fin si brusque était absolument imprévue pour ceux qui, peu de jours auparavant, avaient admiré, comme toujours, la verdeur de sa vieillesse et la vigueur de son intelligence.

Nous arrivons trop tard pour parler de la vie scientifique de Béclard. D'autres voix, plus autorisées que la nôtre, ont déjà rempli cette tâche. Rappelons seulement qu'il appartenait par deux côtés à la médecine mentale. Il avait été autrefois interne à Charenton. Il était depuis longtemps membre de la commission de surveillance des asiles d'aliénés; et dans l'exercice de ces fonctions, il avait fait preuve des capacités administratives qu'on a si vivement appréciées chez le doyen de la Faculté de Paris, ainsi que de cette sereine bienveillance, et de cette haute impartialité, qui étaient les traits les plus marquants de sa carrière.

Béclard a laissé des regrets unanimes. Il n'avait que des amis, bonheur vraiment exceptionnel pour un homme qui a toujours fait son devoir, et n'a jamais transigé avec sa conscience.

B. Ball

---

## *Publications déposées au bureau du Journal*

**Nervosisme et névroses** hygiène des énervés et des névropathes, par le Dr Cullerre, 1 vol. in-18 jésus de 352 pages. J.-B. Baillière.

**Le Somnambulisme provoqué,** études physiologiques et psychologiques par le Dr H Beaunis, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. *Deuxième édition augmentée.* in-18 jésus de 290 pages. J.-B. Baillière.

**Hypnotisme, double conscience** et altérations de la personnalité par le Dr Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Avec une Préface par le professeur J.-M Charcot, membre de l'Institut, In-18 jésus de 285 pages J.-B. Baillière.

---

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Mars 1887.

L'ENCEPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

# LA FOLIE ÉROTIQUE

2e LEÇON FAITE A LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A L'ASILE SAINTE-ANNE

Par M. le Professeur B. BALL

Recueillie par Ch. Lefèvre, aide de laboratoire de la Clinique

Messieurs,

Dans la conférence précédente, je vous ai tracé le tableau de la folie de l'amour chaste, où les plus grandes extravagances demeurent enfermées dans les limites du sentiment et ne sont jamais profanées par l'intervention des sens; je vous ai montré des exemples de ce délire poussé jusqu'aux dernières limites de l'insanité, sans qu'il s'y mêlât jamais une idée étrangère au domaine de l'amour platonique.

Il me reste maintenant à vous parler d'un état bien différent, dans lequel l'élément physique vient usurper la prédominance et se placer sur le devant de la scène.

Mais avant d'aller plus loin une distinction est nécessaire. Nous ne sommes point des moralistes ni des philosophes, mais des aliénistes et des médecins; nous

n'avons pas à vous montrer le tableau du vice, mais celui de la folie. Il s'agit pour nous d'étudier des faits dans lesquels l'élément morbide joue un rôle prépondérant et où le sujet peut être considéré comme un véritable aliéné, c'est-à-dire comme un malade dont la liberté est compromise et dont la responsabilité par conséquent est tout au moins atténuée. Ces données une fois établies, entrons en matière.

Je vous rappelle la classification que nous avons formulée dans la leçon précédente. En dehors de la folie de l'amour chaste (érotomanie), nous avons l'excitation sexuelle, que nous distinguons de la perversion sexuelle, dont nous ferons le sujet de la conférence prochaine.

Dans l'excitation sexuelle, nous avons admis trois formes. Ce sont :

La forme *hallucinatoire* ;

La forme *aphrodisiaque* ;

La forme *obscène*.

Le jeune homme dont nous allons nous occuper aujourd'hui, présente un délire très complexe, sur lequel des hallucinations sexuelles se détachent en relief. C'est un garçon de 21 ans, d'un beau développement physique et d'un extérieur agréable. Ses antécédents héréditaires nous sont absolument inconnus, mais nous savons que se destinant à la prêtrise, il a été élevé au séminaire, où il a reçu une éducation très supérieure. Il est bachelier ès lettres et ès sciences. Entré au grand séminaire, il y a préparé simultanément la licence ès lettres et le doctorat en théologie. Il s'y est probablement livré à des excès de travail cérébral, qui ont produit les plus déplorables effets ; c'est une victime du surmenage que je vous présente.

Il nous est impossible de préciser la date à laquelle ont débuté les désordres intellectuels ; nous n'avons pas assisté en effet à l'aurore de sa maladie. Mais nous le

voyons déjà entré dans l'aliénation mentale, à une époque bien nettement déterminée.

Le cardinal Guibert venait de mourir. Notre malade se présente à l'archevêché pour recueillir la succession du défunt ; il déclare que le Pape lui a formellement promis le chapeau de cardinal et le siège archiépiscopal de Paris, après la mort de Monseigneur Guibert. Quant à Monseigneur Richard, ce n'est qu'un usurpateur.

Je n'ai pas besoin de vous dire que, transféré immédiatement au Dépôt, il est entré, peu de jours après, à la Clinique des Maladies mentales.

Les manifestations délirantes varient considérablement chez ce sujet. En premier lieu, il est ambitieux ; il se promet le chapeau de cardinal, il se croit appelé aux plus grands honneurs, il se croit destiné à recueillir l'admiration des générations futures. En second lieu, il est persécuté ; il a des ennemis qui, non contents de lui barrer le chemin, lui font subir des outrages indignes. Il semble donc que chez lui les idées ambitieuses, contrairement à la règle habituelle, aient précédé le délire des persécutions. Mais ce n'est pas tout. Notre malade est, en troisième lieu, un hypochondriaque des plus convaincus.

Il se lamente sur les déformations de son corps, dont la beauté le rendait si fier. Il se plaint que son front s'abaisse, que le charmant ovale de sa figure s'efface, que ses mâchoires remontent. Il a un ramollissement des os du crâne, et même une perforation dont on profite, comme de tous les orifices de son corps, pour le profaner par d'indignes souillures.

Nous vous présentons ici quelques extraits de sa correspondance, qui suffiront pour caractériser l'état de son esprit.

« Monsieur, une chose en apparence insignifiante,

mais qui cependant me désole, c'est le changement affreux qu'on fait subir à ma personne. Je veux qu'on me conserve le front comme par le passé. J'aime mieux savoir mon crâne rempli d'eau, que mon front baissé et mon crâne amoindri.

« Pourquoi me rend-on le nez si gros à moi qui l'avais si fin ? Pourquoi ne pas me restituer l'ovale si beau et si gracieux de mon visage ? Pourquoi me rend-on le crâne si mou, de sorte que les insanités qu'on me met dans la tête sortent par le cuir chevelu ? »

Ces divagations nous montrent bien que l'hypochondrie règne en maîtresse chez lui. Mais ce qu'il nous importe surtout de signaler, ce sont les hallucinations sexuelles qui donnent à son délire une orientation toute spéciale, et le font entrer dans la classe des folies érotiques.

A chaque instant, il se croit victime de tentatives de pédérastie. Il emploie à cet égard les expressions les plus singulières et les plus marquées. « Je suis, dit-il, la proie de bêtes brutes, compliquées de l'esprit de Pourceaugnac. » Il faut entendre par là, qu'il éprouve des sensations spéciales localisées à la marge de l'anus. Il prétend que ses ennemis ont poussé l'outrage jusqu'à le faire changer de sexe. Ses persécuteurs ont réussi à le rendre femme.

« Je suis, écrit-il, la prostituée de tous les fous de Sainte-Anne, dont pas un seul n'est noble ! » (Il se trompe à cet égard.) Il ajoute : « Le moyen d'avoir de l'appétit quand j'arrive à table, le nez, la bouche, les intestins, gorgés de sperme ! » Il croit aussi que la perforation cranienne dont il se plaint est utilisée par ses persécuteurs, pour lui projeter du sperme dans le cerveau. Il lutte de toutes ses forces mais inutilement contre ces profanations, qui le rendent le plus malheureux des hommes.

Notre malade est donc un aliéné des plus complexes, mais il appartient surtout à la folie érotique à forme hallucinatoire.

Rien n'est plus commun en pathologie mentale que les accidents de ce genre. On les rencontre dans un grand nombre de psychoses : dans la folie puerpérale, dans l'hystérie, dans l'alcoolisme, dans la manie aiguë ou chronique ; presque tous les sujets atteints de folie religieuse en sont victimes ; enfin, ce délire peut occuper à lui seul tout le terrain pathologique.

Dans le célèbre mémoire de M. Baillarger sur les hallucinations (1), nous trouvons l'observation extrêmement remarquable d'une jeune fille, habile ouvrière, femme intelligente, ayant une conduite parfaitement régulière, mais obsédée perpétuellement par des hallucinations de ce genre. Elle éprouvait toutes les sensations imaginables à cet égard, depuis les attouchements les plus légers jusqu'au rapprochement sexuel le plus complet. Il n'est pas sans intérêt de remarquer qu'au point de vue physique elle était absolument vierge. Cette jeune femme faisait de ses hallucinations le sujet presque unique de ses discours; elle en parlait aux personnes de sa connaissance, avec un tel luxe de détails qu'elle finit par scandaliser toutes ses amies, et perdre toutes ses relations de société. Après plusieurs années de maladie, elle paraît avoir été complètement guérie par le mariage.

Je viens de vous présenter cette fois un cas dans lequel les hallucinations sexuelles constituaient tout le délire. Mais ces troubles sont bien plus fréquents chez les malades dont l'esprit est dérangé sous d'autres rapports, comme le jeune homme qui fait le sujet de cette conférence.

(1) Baillarger : *Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies qu'elles caractérisent.* Paris, 1840.

Je vous en citerai deux exemples, que j'ai eu l'occasion d'observer moi-même.

Vers la fin du règne de Napoléon III, un persécuté, séquestré dans une maison de santé, s'imaginait que le gouvernement, pour le punir de ses opinions politiques, faisait entrer clandestinement dans l'établissement et jusque dans sa chambre des hommes destinés à lui faire subir les plus infâmes outrages. « Ils viennent perpétuellement me *césariser,* disait-il. »

Voici maintenant un type fort différent. Un alcoolique que j'ai eu dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, s'imaginait que des persécuteurs, qu'il appelait des *pompiers,* s'acharnaient à chaque instant sur ses organes sexuels, il se plaignait qu'on venait perpétuellement lui pomper la sève et tarir chez lui les sources de la vie. Ces hallucinations le rendaient extrêmement dangereux, car, dès qu'il les éprouvait, il se précipitait sur le premier venu, le prenant pour un *pompier.* Un jour il s'est élancé presque nu dans la cour de l'hôpital, à la poursuite d'une religieuse, qui eut toutes les peines du monde à lui échapper.

La forme de délire dont je viens de vous parler, peut quelquefois se produire sous forme épidémique. On l'a vu sévir dans toutes les réunions nombreuses de femmes et surtout dans les couvents. On connaît l'histoire des religieuses de Cologne, qui recevaient presque toutes les nuits la visite de Satan. Leurs doléances créèrent un grand émoi dans la ville ; mais il se trouva des sceptiques, comme Jean de Wier, pour prétendre que certains jeunes gens de la ville escaladaient les murs du couvent pour usurper le rôle du diable.

Les choses allèrent bien plus loin dans les célèbres épidémies des religieuses d'Aix-en-Provence et des Ursulines de Loudun, qui aboutirent comme vous le savez à des procès en sorcellerie qui se terminèrent par

le supplice de plusieurs prétendus sorciers. Les accusations partaient de certaines religieuses évidemment hystériques, qui prétendaient avoir eu des relations intimes avec les malheureux qu'elles dénonçaient. Il est extrêmement important de se rappeler que même à notre époque sceptique, où les sorciers ne peuvent plus aspirer à la couronne du martyre, les accusations de ce genre sont extrêmement graves et peuvent donner lieu aux suites les plus déplorables. Une hallucinée de bonne foi accuse son médecin, ses amis, ses domestiques, d'avoir commis sur elle des attentats criminels; elle parvient à se faire écouter, la justice intervient et souvent il est difficile à l'accusé de démontrer son innocence; mille circonstances les plus triviales en apparence peuvent donner une couleur de vraisemblance à l'accusation et motiver quelquefois une condamnation qui sera la ruine définitive d'un honnête homme. En pratique, il ne faut jamais visiter de telles malades qu'en présence de témoins.

Parlons maintenant de la forme aphrodisiaque de l'excitation sexuelle.

Il est des sujets chez lesquels il existe à l'état normal une exagération des appétits sexuels. Ce sont des libertins, des débauchés, des satyres; ce ne sont point des aliénés.

Il existe chez un grand nombre d'aliénés une surexcitation très marquée de l'instinct génésique. On rencontre ce phénomène au début de la paralysie générale; on le voit survenir très souvent dans la folie puerpérale; il est très fréquent chez les imbéciles.

Mais il est d'autres individus chez qui l'excitation sexuelle, poussée jusqu'aux limites de l'insanité, constitue à elle seule toute la maladie. Ils sont raisonnables et corrects à tous les autres égards; mais leurs appétits

sont de nature à compromettre leur position sociale et obligent leur famille à les séquestrer.

Je ne saurais vous donner un exemple plus démonstratif que celui que Trélat a consigné dans son intéressant ouvrage sur la folie lucide, qui, s'il laisse à désirer sous le rapport des idées générales, renferme une précieuse collection de faits.

Pendant longtemps cet observateur éminent a eu dans son service une femme d'une stature ordinaire mais d'une forte complexion, ayant une expression de physionomie très convenable, beaucoup de politesse dans les manières, une grande retenue dans le maintien. Interrogée, elle répond parfaitement à toutes les questions, se met à l'ouvrage et travaille, malgré ses 69 ans, avec autant d'activité que de perfection. Pendant quatre ans pas une parole obscène, pas un geste, pas le plus petit moment d'agitation, pas de mouvement d'énervement ; elle est parfaite tant qu'elle est enfermée, mais absolument incapable d'user de sa liberté. Toute sa vie, dès son jeune âge, elle a recherché les hommes ; jeune fille elle les provoquait.

Du caractère le plus docile, le plus aimable, le plus enjoué, rougissant quand on lui adressait la parole, baissant les yeux toutes les fois qu'elle se trouvait en présence de plusieurs personnes, aussitôt qu'elle était parvenue à se trouver seule avec un homme elle était subitement transformée, relevait ses jupes et l'attaquait avec une énergie sauvage. Ses parents la marièrent, dans l'espoir de mettre un terme à ses désordres. Le mariage ne fut pour elle qu'un scandale de plus : elle aimait son mari avec rage, mais elle aimait avec une rage égale tout homme avec lequel elle parvenait à être seule. Devenue grand'mère, elle continuait le même genre de vie. Un jour elle fit entrer chez elle un petit garçon de 12 ans, mais dès qu'elle voulut lui faire des attouchements obscè-

nes, l'enfant prit la fuite et alla tout raconter à son frère, qui monta dans la maison désignée par le plaignant et battit cette femme à outrance. Pendant cette scène le gendre survint, et avant qu'on eût le temps de rien lui dire, se mit du côté de celui qui fustigeait sa belle-mère.

L'âge n'a point tempéré le feu qui la dévorait, plus elle commettait d'excès, plus elle avait d'éclat et d'embonpoint, plus elle avait de fraîcheur.

Elle était veuve, ses enfants l'avaient reléguée hors des barrières où ils lui servaient une rente. Etant devenue vieille, elle était obligée de rétribuer les hommages qu'elle se faisait rendre, et comme la petite pension qu'elle recevait était insuffisante pour cet usage, elle travaillait avec une ardeur infatigable, pour se payer un plus grand nombre d'amoureux.

Après avoir séjourné quatre ans à la Salpêtrière, elle mourut d'une hémorragie cérébrale.

Nous avons rapporté cette observation d'après Trélat en l'abrégeant considérablement. Deux points nous paraissent surtout devoir être notés. Malgré ses appétits effrenés, cette femme n'a jamais présenté aucun autre désordre intellectuel. Malgré ses habitudes dépravées, elle a toujours joui d'une excellente santé jusqu'aux derniers jours de son existence.

Nous pourrions facilement multiplier les exemples de ce genre. On en trouve de nombreuses observations dans les auteurs, et plusieurs personnages historiques ont présenté des dispositions analogues ; mais il me suffira de vous avoir offert un type parfaitement pur de folie érotique à forme aphrodisiaque, absolument indépendant de tout autre maladie physique ou mentale.

La folie érotique à forme obscène se rencontre chez des sujets dont le langage, l'attitude et les gestes sont constamment lubriques ; mais l'état physique ne répond point à cette excitation purement psychologique. Ce sont

les fanfarons de vice, et le plus souvent ils sont absolument impuissants. Ces dispositions se rencontrent chez les paralytiques généraux, chez certains vieillards, et chez un grand nombre d'excités maniaques. On peut dire, d'une manière générale, que chez ces sujets il existe un désaccord entre les centres cérébraux et le centre génito-spinal. Dans l'ordre naturel des choses, à mesure que les aptitudes sexuelles diminuent et s'éteignent avec l'âge, les désirs correspondants s'émoussent, et l'équilibre s'établit entre les deux pôles opposés. C'est la marche de la nature, qui n'offre aucun inconvénient au point de vue de la santé, soit physique, soit mentale. Il en va bien autrement chez ceux qui malgré l'extinction du pouvoir sexuel conservent les excitations cérébrales qui çorrespondent à des fonctions disparues. Chez eux, comme le dit Jean-Jacques Rousseau, la volonté parle encore quand les sens se taisent. Ils s'efforcent souvent de rémédier à cet état de choses par des excitants nuisibles, et l'équilibre de leur esprit est troublé par des préoccupations insensées et qui ne peuvent jamais aboutir à une satisfaction normale.

Nous rangerons auprès des sujets de cette espèce ceux que Lasègue appelait des exhibitionnistes. Sans être réduits à l'impuissance, ces individus, qui sont quelquefois des hommes encore jeunes, prennent un plaisir étrange à exhiber aux yeux des femmes et des jeunes filles leurs parties sexuelles, sans autre résultat que celui de choquer la pudeur publique. Tel insensé se cache derrière les piliers d'une église pour scandaliser pendant le culte les femmes occupées à leurs dévotions ; tel autre, dans les corridors d'une maison habitée, guette au passage les jeunes filles pour se montrer à leurs yeux dans une attitude indécente : un troisième se cache dans les endroits peu fréquentés du Bois de Boulogne ou des jardins publics, pour offrir aux personnes qu'il

rencontre un spectacle obscène. On s'expose ainsi à de graves pénalités, sans l'ombre d'une jouissance ; et c'est bien certainement une aberration d'esprit qui mène à des actes tellement insensés des hommes raisonnables en apparence.

L'hôpital de la Charité était autrefois entouré par des hôtels dont les fenêtres avaient vue sur l'intérieur des bâtiments. Un massier de la Faculté, que ses fonctions appelaient à se rendre dans cet hôpital pour les épreuves cliniques du doctorat, avait l'habitude, pendant que les examinateurs et les candidats étaient aux prises, de choisir une attitude indécente dans un endroit d'où il pouvait être vu par les jeunes personnes qui se mettaient aux fenêtres. Il fut dénoncé, poursuivi et condamné; il perdit naturellement sa place. Ainsi, pour se donner un plaisir ridicule, il sacrifia, de la manière la plus inepte, sa réputation et ses intérêts. Ne s'agit-il pas ici d'un véritable cas d'aliénation mentale ?

Telles sont les trois principales variétés de l'excitation érotique : mais on emploie généralement les mots de *nymphomanie* chez la femme, ou de *satyriasis* chez l'homme, comme synonymes de fureur érotique.

C'est ainsi que Trélat classe parmi les *nymphomanes* la malade dont je vous ai rapporté l'histoire. C'est là, Messieurs, selon moi, une erreur profonde. On doit réserver le mot *nymphomanie* pour désigner une affection grave, résultant d'une lésion des organes génitaux ou des centres nerveux. On peut en distinguer deux espèces : la forme chronique, moins dangereuse, se manifeste surtout par une excitation sexuelle exagérée ; la forme aiguë, souvent accompagnée de fièvre, est d'un pronostic bien autrement sérieux ; sa marche est rapide, elle se termine habituellement par la démence ou par la mort.

Un caractère essentiel de la nymphomanie, comme du

satyriasis, est l'impossibilité de satisfaire les désirs des malades. Il ne s'agit pas ici d'un orage physiologique, qui se calme après l'averse ; il s'agit d'une irritation permanente, qui résulte d'une lésion anatomique. Les désirs provoqués par l'empoisonnement cantharidien en seraient en quelque sorte le type.

Les agriculteurs et les vétérinaires connaissent sous le nom de *vaches taurelières* certaines génisses qui sont véritablement atteintes de nymphomanie. Elles recherchent ardemment le mâle, et lorsqu'elles entrent dans une étable où se trouve un taureau, elles causent un véritable tumulte par leurs mugissements furieux et leurs mouvements désordonnés. Il est un moyen aussi simple que radical de les apaiser et de les guérir ; c'est de leur enlever les ovaires. Ces organes sont visiblement malades ; ils sont rouges, tuméfiés, hypertrophiés. Il s'agit donc d'une vraie nymphomanie, déterminée par une lésion des ovaires.

Chez la femme, cette maladie, souvent fébrile, est caractérisée par une grande accélération du pouls, qui peut aller jusqu'à 150 pulsations. La mort peut survenir du cinquième au dixième jour. A l'autopsie, outre la congestion des organes génitaux, on trouve des thromboses des sinus et des lésions des méninges ou de la dure-mère.

Cette maladie survient, en général, soit au moment de la puberté, soit après les premiers rapprochements sexuels, soit dans l'état puerpéral.

Le satyriasis ne diffère de la nymphomanie que par sa gravité plus grande encore, et par le caractère aggressif des malades, qui se précipitent volontiers sur les personnes du sexe opposé, pour satisfaire leurs désirs.

Le satyriasis peut incontestablement résulter d'une lésion des centres nerveux.

Chauffard, d'Avignon, auteur d'un ouvrage célèbre

sur le typhus, père du regretté professeur de la Faculté et grand-père d'un médecin fort distingué des hôpitaux, a rapporté une observation fort remarquable de satyriasis, survenu brusquement chez un homme qui avait reçu un coup de bâton sur la nuque. Il est évident qu'il devait s'agir ici, selon toute probabilité, d'une lésion du bulbe.

Vous le voyez, Messieurs, le satyriasis et la nymphomanie sont des maladies très graves, associées le plus souvent à des maladies organiques, et qui diffèrent absolument de la folie érotique. Je crois par conséquent, qu'il faudrait désigner par le mot *aphrodisie,* les excitations sexuelles que nous venons de décrire, et qui peuvent répondre, comme dans l'observation de Trélat, à une santé physique absolument parfaite. Par *nymphomanie* ou *satyriasis,* il faudrait désigner un état morbide très grave, se terminant souvent par la mort, et caractérisé par des lésions anatomiques. Cette réforme du langage médical nous paraît utile au point de vue de la clarté scientifique.

Il me reste à vous parler des perversions de l'instinct sexuel. Ce sera le sujet de notre prochaine conférence.

---

## CAS REMARQUABLE

# D'HYPNOTISME ET DE SUGGESTION

**Par le Dr L. SICARD**

Mlle N..., 24 ans, d'une bonne santé générale, n'avait jamais eu de crises d'hystérie. Quoique douée d'un tempérament nerveux et facilement impressionnable, jamais elle n'avait eu aucun symptôme rappelant de près ou de loin la grande névrose.

1° La première fois qu'elle fut endormie, ce fut à la suite des représentations données par Verbeck au théâtre Bellecour, de Lyon. Son imagination avait été fortement surexcitée, et elle s'offrit spontanément à nous pour une tentative, avec le désir de se laisser endormir. Le sommeil fut obtenu au bout de quelques minutes. Les paupières s'étaient fermées naturellement, et, sur l'injonction : « Vous ne pouvez plus ouvrir les yeux ! » Mlle N... fit de vains efforts pour arriver à ce but.

Le sommeil avait été amené par le regard simplement. Le réveil fut très facile ; il fut obtenu en soufflant sur les yeux. Cette première séance ne laissa rien après elle, ni lourdeur de tête ni mal de cœur.

2° Une seconde séance amena les mêmes résultats, plus nets peut-être, et par les mêmes moyens ; mais, à la troisième nous obtînmes un sommeil profond et absolu.

Mlle N..., étendue sur un canapé, les membres en résolution complète, dormait en apparence du sommeil le plus profond et le plus naturel. Interpellée, elle ne répondit pas. Nous soulevâmes alors l'un de ses bras. Il retomba inerte. Nous lui donnâmes l'ordre de le conserver dans la position où nous le placions. L'ordre ne fut pas exécuté; le bras, abandonné à lui-même, retomba comme la première fois. Le réveil fut très facile. Mlle N... s'excusa d'avoir dormi en notre présence, n'ayant aucun souvenir d'avoir été provoquée à ce sommeil, et ne parut pas s'en ressentir le moins du monde.

3° A la séance suivante, le sommeil est obtenu avec une plus grande rapidité ; mais cette fois l'hypnotisation, commencée par le regard, est achevée par la compression des globes oculaires avec les pouces.

Cette pression des yeux est même continuée quelques instants après que N... est tombée endormie et en résolution complète.

Le sommeil obtenu a d'abord les mêmes caractères que dans la séance précédente ; mais, au bout de quelques minutes, nous assistons à un nouveau phénomène : N... se redresse et se met à parler. D'abord, ce ne sont que quelques mots sans suite et sans signification apparente. Mais bientôt les mots entrecoupés deviennent des phrases ; N... rêve que son père est mourant et qu'elle asssite à ses derniers moments.

Les larmes surviennent, et N... s'agenouille devant un fauteuil ; la tête entre ses mains, elle sanglote. Nous nous

hâtons de mettre fin à cette scène par le réveil, et, revenue à son état normal, N... est fort surprise de se trouver à genoux, les yeux baignés de larmes. On lui dit qu'elle s'est endormie, a rêvé et a pleuré pendant son sommeil. Sa mémoire lui revient alors en partie; elle se souvient que nous l'avons endormie, et qu'elle a rêvé des choses bien tristes, sans pouvoir dire quoi. Quelque lourdeur de tête suit cette séance, mais se dissipe bientôt.

4° Une série de séances se passe à constater les modifications apportées dans le sommeil par la plus ou moins grande prolongation de la pression sur les yeux avec les pouces.

Le début du sommeil ou de l'état hypnotique nous était annoncé par les mêmes phénomènes : quelques légères contractions des muscles, des membres supérieurs, du cou, de la nuque, de la face, quelques clignotements des paupières, quelques soupirs, puis la résolution complète et le calme.

La fixité du regard était suffisante pour amener cet état ; au bout de quelques séances, cela suffisait, même lorsque N... détournait la tête comme pour échapper à son influence.

Il nous a été permis de constater, pendant ces séances, que la période d'agitation et de délire n'intervenait pas lorsque nous cessions notre action dès que N... tombait endormie. Mais si au contraire cette action était prolongée quelque temps encore par la compression sur les globes oculaires, N... ne tardait pas à avoir de véritables hallucinations, tantôt gaies, tantôt tristes, dont elle ne conservait aucun souvenir après le réveil.

Pendant cette série d'expériences, il ne nous fut pas possible de nous mettre en communication directe avec N... Elle ne répondait pas quand nous lui adressions la parole, même lorsque le sommeil était calme; à plus forte raison quand elle était en proie au délire.

L'épreuve du bras levé en l'air et maintenu quelque temps dans cette position ne donnait qu'un résultat négatif; il retombait dès que nous cessions de le soutenir. Toujours, au réveil, nous constations un peu de céphalalgie lorsqu'il y avait eu agitation ou délire ; mais ce phénomène était de peu de durée.

Entre deux séances, N..., interrogée, n'accusait aucun trouble de la santé. Suivant ses affirmations, elle n'était pas plus énervée qu'avant de nous servir de sujet.

5° Ayant un jour prolongé plus que d'habitude la compres-

sion sur les globes oculaires, nous étendons le bras de N..., en articulant d'un ton convaincu : « Vous ne pouvez plus baisser le bras ! » A notre grande surprise, le bras étendu ne retombe pas. L'autre bras, mis dans la même position, reste fixe, et, fait à noter, sans que nous ayons répété notre affirmation. Cette attitude persiste un certain temps, assez court d'ailleurs ; puis les membres retombent. A la séance suivante, nous obtenons le même résultat, mais d'une manière beaucoup plus complète. De plus, si l'on emploie la force pour écarter le bras de la position dans laquelle il se trouve fixé, on ne peut y parvenir, à condition toutefois que cette force ne soit pas exercée par nous-même. Il faut que nous intervenions pour faire cesser cette attitude ; ce que nous obtenons en affirmant : « Vous pouvez baisser le bras ! » Dès lors, le sommeil de N... se présentait à nous avec un caractère de catalepsie manifeste, et nous pûmes désormais le constater à chaque séance.

Bientôt, il était obtenu si facilement, qu'il nous servit régulièrement, par la suite, de pierre de touche pour vérifier si N... était complètement endormie. Cet état cataleptique était toujours accompagné d'anesthésie et d'analgésie. L'ammoniaque sous le nez ne produisait aucun effet. Les piqûres n'étaient pas senties ; il nous fut possible de transpercer un épais pli cutané avec une épingle d'or.

6° Nous étions entré en communication avec N... A partir de ce jour, ce fut là pour nous une source d'observations nouvelles. Tandis que, lors des premières séances, N..., endormie, ne nous répondait pas lorsque nous lui adressions la parole, à partir de ce moment nous obtînmes de plus en plus facilement des réponses.

Nous ne réussîmes d'abord qu'à diriger la conversation à notre gré, même sur des sujets que N... n'aurait sans doute pas abordés dans son état normal.

Nous rappelant alors les hallucinations dont N... est la victime lorsque nous lui comprimons avec quelque persistance les globes oculaires, nous la mettons dans cet état. L'hallucination est une hallucination triste ; mais cette fois nous pouvons intervenir. Laissant la fiction se dérouler à nos yeux pendant quelque temps, afin de pouvoir la connaître, nous interpellons N..., en lui affirmant qu'elle se trompe, que *ce n'est pas vrai* ; et, devant notre affirmation et notre

insistance, nous avons la satisfaction de voir passer N... de la tristese à la joie; le sourire succède aux larmes.

Il résultait donc de cela que, non seulement N... était sensible à l'hypnotisme, que nous pouvions provoquer chez elle l'hypnose, mais encore qu'elle était sensible à la suggestion.

7° Les phénomènes simulant la catalepsie sont répétés un grand nombre de fois, et variés autant qu'il est possible de le faire. Parfois, il est absolument nécessaire de donner l'ordre d'une manière verbale et autoritaire; mais le plus souvent, il nous suffit de mettre les membres dans la position que nous voulons faire garder, pour que notre intention soit comprise et notre ordre mental, si nous pouvons nous servir de ce mot, exécuté immédiatement.

8° N... est endormie par le regard. Nous l'appelons, elle nous répond. Nous lui demandons où elle est. Elle se met à rire et nous répond que nous le savons bien, puisqu'elle est près de nous. Mais nous lui disons qu'elle est chez elle, près de sa mère, occupée à broder et à causer. « C'est vrai, nous dit-elle après une légère hésitation. » Et nous la voyons travailler à une broderie imaginaire, en même temps qu'il nous est permis d'entendre la moitié d'une conversation de fille à mère, parfaitement insignifiante d'ailleurs. Intervenant encore, nous lui disons de nous chanter la habanera de *Carmen*, en lui suggérant qu'elle chante dans un concert pour les pauvres. L'ordre est immédiatement exécuté. Mais, quoique N... soit excellente musicienne et possède une très belle voix, celle-ci est voilée, l'émission se fait avec un timbre sourd et avec peine. Réveillée, N... déclare ne se souvenir de rien; elle est persuadée que nous voulons lui en faire accroire.

9° Nous pourrions citer un grand nombre d'exemples de suggestion pendant l'hypnose; nous nous contenterons des deux suivants.

Nous affirmons à N..., endormie, qu'elle a été cruellement offensée par une personne qui lui est chère, que cette personne va venir, et qu'il faut qu'elle la tue d'un coup de poignard pour se venger. Quelques instants après, nous voyons N... se lever frémissante : « Te voilà, misérable! » Et elle fait le geste de donner un coup de couteau dans la poitrine, en ajoutant : « Tiens me voilà vengée! » Puis elle retombe en sanglotant, déjà en proie au remords.

Nous nous hâtons de mettre fin à cet état pénible par le

réveil. Nous devons ajouter ici que N... est d'un caractère très doux, nullement irascible et incapable de faire du mal à personne.

Une autre fois, nous disons à N...: « Vous allez compter, en commençant par un, deux, trois, etc. Arrivée à douze, vous vous réveillerez en prononçant le mot; mais vous ne vous arrêtererez pas de compter pour cela. L'ordre s'exécute : à douze, N... ouvre les yeux et continue : « Treize, quatorze... », puis s'arrête étonnée, en se demandant ce qu'elle compte et pourquoi elle compte.

Cette dernière expérience méritait de fixer notre attention. Nous y trouvons, en effet, deux particularités que nous n'avons pas encore signalées : d'une part, la fin de l'hypnose est amenée par suggestion ; d'autre part, la suggestion se prolonge au delà de l'hypnose, quoique pendant un temps très court.

10° De même que nous avions obtenu l'obéissance de N... pendant l'hypnose, en cherchant à lui immobiliser le bras dans une position donnée, en dépit de sa volonté, de même nous cherchons à obtenir la suggestion à distance en nous servant de la même épreuve, ou du moins d'une épreuve analogue : « Une fois réveillée, vous ne pourrez plus remuer le bras droit », lui disions-nous. Bien des séances se passèrent sans nous donner le résultat désiré, puis, un jour, nous vîmes le phénomène se produire. Dès lors, il ne nous fit plus jamais défaut. D'abord rapide et passagère, la paralysie flaccide obtenue ne durait que quelques instants.

Quand l'expérience eut été répétée un certain nombre de fois, sa persistance devint telle qu'il nous fallait avoir soin de lui fixer d'avance un terme, au moment même de la suggestion, ou de rendormir N... une seconde fois, à seule fin de la débarrasser de son infirmité par une nouvelle suggestion.

11° Après avoir obtenu l'exécution, pendant la veille, d'un ordre donné pendant le sommeil, quelque imparfaite qu'eût été primitivement cette exécution, nous devions consacrer une série de séances à la vérification et à l'étude de ce phénomène nouveau pour nous. Tout d'abord, le moment fixé pour l'exécution de l'ordre donné fut le moment même du réveil, et l'action à exécuter aussi simple que possible : ordre de se lever et de faire le tour de l'appartement; ordre d'aller arranger ses cheveux devant la glace, etc., etc.

Parfois, au début, l'ordre n'est exécuté que d'une manière

imparfaite; c'est plutôt une ébauche d'obéissance qu'une obéissance complète.

Mais bientôt, dans ces conditions-là, la suggestion nous donne des résultats si précis et si manifestes que nous modifions graduellement le programme. Nous fixons pour l'exécution de l'ordre un moment de plus en plus éloigné du réveil ; nous compliquons de plus en plus l'action à exécuter. Néanmoins, nous constatons de moins en moins des erreurs ou des omissions. Si nous demandons alors à N... pourquoi elle fait telle ou telle chose bizarre que nous lui avons commandé de faire, invariablement elle nous répond : « C'est une idée qui me vient. » Et nous ne saurions trop appeler l'attention sur ce fait : jamais à l'état de veille N... ne se rappelle qu'on lui a donné un ordre pendant l'hypnose ; elle croit toujours exécuter spontanément, *proprio motu*, ce qui lui a été suggéré. Parfois même, si l'idée suggérée est par trop bizarre, au moment fixé pour son exécution nous voyons N... se mettre à rire et secouer la tête comme une personne qui se moque d'elle-même. Si nous lui demandons la cause de son hilarité, elle nous répond que c'est une idée qui lui vient. Elle résiste, mais finit le plus souvent par exécuter l'ordre donné, en déclarant que c'est plus fort qu'elle, en s'excusant.

12° Parmi le nombre considérable d'expériences de suggestion exécutées à l'état de veille qu'il nous a été permis d'enregistrer, nous ne citerons que les suivantes.

*a*) N... est assise dans un fauteuil au moment où nous l'endormons. Nous lui disons qu'à son réveil elle sera paralysée des membres inférieurs. Au moment du réveil, nous nous arrangeons de manière à ce que l'idée de se lever, et par conséquent d'avoir recours à ses membres inférieurs, ne lui vienne pas tout de suite, afin qu'un certain temps s'écoule entre l'ordre donné et la manifestation de son exécution. Puis, nous faisons naître pour N... l'occasion de se lever. La chose lui est absolument impossible. C'est en vain qu'avec les bras elle se soulève sur son fauteuil ; les jambes lui refusent tout service. Elle est paralysée, et cette paralysie n'est accompagnée d'aucune contraction. Cependant N... ne s'effraie pas ; elle est habituée à tout depuis qu'elle se prête à nos expériences. Elle nous prie de lui rendre l'usage de ses jambes, ce que nous faisons en la rendormant.

Cette expérience a été variée autant qu'elle en était susceptible, et nous a toujours donné des résultats positifs.

*b*) Nous affirmons à N... qu'à son réveil il lui sera impossible de parler, parce qu'elle ne pourra pas remuer la langue. L'ordre donné s'exécute aussi bien que possible : il ne peut plus sortir de la bouche de N... que des sons inarticulés; elle fait de vains efforts, mais malgré tout elle reste parfaitement incompréhensible. Les mouvements des lèvres changent bien un peu la nature du son émis, mais cependant la prononciation des différentes lettres est gênée, au point qu'elles sont toutes confondues et méconnaissables. Jamais peut-être le rôle prépondérant de la langue n'a été mis en lumière d'une manière aussi irréfutable ; jamais l'étymologie du mot langage ne nous a sauté aux yeux avec autant d'évidence. Il nous faut nous hâter de rendormir N... au plus vite pour lui rendre l'usage de la parole, car, bien femme, elle supporte cet état avec la plus vive impatience.

*c*) Nous disons à N... qu'à son réveil elle ne verra plus ; elle sera aveugle. Ceci se passe le soir. Au réveil, et du ton le plus naturel, N... s'étonne que nous ayons éteint toutes les lampes; elle trouve la plaisanterie de mauvais goût. Un succès aussi complet nous étonne, et nous pensons à de la simulation. Mais il nous faut rejeter cette idée. En effet, notre main, approchée inopinément et vivement du visage de N... comme pour la frapper, ne cause pas le plus petit tressaillement, le plus petit réflexe. N... marche en tâtonnant dans l'appartement, se heurtant aux meubles; elle présente toutes les allures d'une personne qui se trouve plongée dans la plus complète obscurité. Nous lui mettons entre les mains une boîte d'allumettes et une bougie, en lui disant d'allumer elle-même. Elle ne voit pas les allumettes qui s'enflamment, et ne commence à soupçonner quelque chose d'anormal que lorsqu'elle se brûle. Il nous faut la rendormir pour lui rendre l'usage de la vue.

*d)* N... est endormie. Nous lui disons qu'à son réveil *elle ne nous verra pas*. Une fois réveillée, N... se trouve en apparence tout à fait dans son état normal; elle cause avec les personnes présentes. Nous nous tenons immobile devant elle, et quoique son regard croise plusieurs fois le nôtre, elle ne paraît pas nous voir. Au courant de la conversation engagée, nous plaçons une réflexion. N... paraît étonnée et regarde dans notre direction. Comme la conversation continue, elle

fait le geste d'une personne qui s'est trompée. Quelques nouvelles paroles prononcées par nous amènent le même résultat, mais plus marqué. Nous nous approchons alors et lui prenons la main en lui parlant. Des signes de la plus vive terreur se peignent sur son visage. Elle exprime l'effroi et l'étonnement qu'elle éprouve à nous toucher et à nous entendre sans nous voir.

*e*) Nous suggérons à N... qu'un quart d'heure environ après son réveil elle recevra la visite d'une de ses amies dont elle nous a parlé et que nous ne connaissons pas. Nous précisons les détails de cette petite scène imaginaire que nous allons faire jouer devant nous : N... entendra sonner, ira ouvrir, introduira son amie et nous présentera l'un à l'autre; elle lui fera des reproches sur la rareté de ses visites et lui demandera la cause qui l'amène. La conversation s'engagera. Quand l'amie voudra partir, N... la retiendra, insistera pour lui faire prendre quelque chose, etc., etc.

Les choses se sont passées conformément au programme que nous avions tracé. Ici encore, nous ne pouvons pas démontrer qu'il n'y a pas eu simulation, mais notre conviction est absolue.

Cette visite fictive une fois terminée, afin d'éviter une scène bizarre et désagréable entre les deux amies quand elles se verraient réellement, nous effaçons le souvenir, en provoquant de nouveau l'hypnose et donnant l'ordre d'oublier ce qui s'est passé.

*f*) N... est occupée à un travail de couture au moment où nous l'endormons. Nous lui suggérons cette fois un tremblement de la main droite qui l'empêchera d'écrire, mais seulement d'écrire, et nous la réveillons. Elle reprend son travail interrompu et le continue avec la même adresse. Nous remarquons qu'elle enfile son aiguille sans le moindre tremblement. Nous faisons naître alors une circonstance qui la force à écrire. Le tremblement apparaît aussitôt qu'elle commence, et le résultat est une écriture grosse, contournée et tremblée, pire que celle des enfants qui savent à peine former leurs lettres, tandis que son écriture habituelle est une cursive assez élégante. Cette écriture tremblée présentait la plus grande analogie avec le fac-similé de l'écriture d'un choréique que Bernheim donne dans son livre de *la Suggestion*, pages 340 et 341.

*g*) Nous donnons à N... l'ordre de s'endormir le lendemain,

au moment où le dixième coup de 10 heures sonnera à l'horloge de l'Hôtel-Dieu. L'horloge commence à sonner. N... ne présente rien d'anormal. Au dixième coup, elle se renverse en arrière et tombe endormie en résolution musculaire complète.

Nous nous contenterons de citer ce seul exemple de suggestion à longue portée. Le fait le plus remarquable que nous ayons enregistré à ce sujet est celui dans lequel nous avons obtenu l'exécution de l'idée suggérée un mois après la suggestion.

13° Quand la puissance de la suggestion nous parut absolument manifeste et indiscutable, l'idée nous vint d'appliquer cette suggestion dans un but thérapeutique. Malheureusement, à notre point de vue, N... jouissait d'une santé parfaite, et si nous pouvions provoquer chez elle des paralysies, des contractures, des tics nerveux, nous ne pouvions pas, en revanche, remédier à des affections qui n'existaient pas. Quand nous le voulions, nous faisions disparaître par suggestion l'état que nous venions de créer par le même moyen, mais c'était tout.

De ce côté-là, par conséquent, nous serons forcément très bref. Voici ce qu'il nous a été permis de constater chez N... :

*a*) N... souffre de la tête ; c'est une céphalalgie assez intense causée par un rhume de cerveau violent. Nous provoquons l'hypnose, et nous lui affirmons qu'à son réveil elle ne souffrira plus de la tête, que jusqu'à la fin de son rhume elle n'aura plus à en souffrir.

Quelques instants après son réveil, N... nous dit d'elle-même, non sans surprise, que la tête lui fait un peu moins mal. Nous pouvons alors constater un succès absolu. La céphalalgie a complètement et définitivement disparu.

Evidemment, notre suggestion ne pouvait en rien modifier la marche dudit coryza, dont la durée ne fut pas abrégée ; mais nous avions réussi à supprimer cette douleur fort désagréable ; nous avions obtenu une sorte d'anesthésie.

*b*) N... souffre de crampes d'estomac, auxquelles elle est d'ailleurs assez sujette, et que nous soupçonnons d'origine nerveuse. La suggestion nous produit encore ici le même résultat. La douleur, si elle persiste, n'est plus perçue. Par la suggestion immédiate, nous faisons disparaître les douleurs qui existent ; par la suggestion à longue portée, nous prévenons le retour de ces douleurs.

14° Un de nos camarades des hôpitaux de Lyon allait se

présenter au concours de l'internat. Par pure plaisanterie, il nous dit : « Tu fais faire à ton sujet tout ce que tu veux? Fais-lui donc dire quelles sont les questions que j'aurai au concours. » Nous essayâmes le lendemain, par curiosité, d'interroger N... Voici le compte rendu de cette séance :

N... est assise dans un fauteuil. Nous nous plaçons en face d'elle et l'endormons en lui tenant la main dans les nôtres. Pour arriver au but que nous poursuivons, nous lui suggérons l'idée qu'elle assiste à la première épreuve du concours, puis nous lui demandons de nous dire ce qu'elle voit, ce qu'elle entend. En termes très vagues, N... nous parle alors du jury, de l'auditoire, de la salle. Puis nous l'engageons à nous donner des détails.

— Il y a un jeune homme qui parle à haute voix, nous dit-elle. Les autres écoutent.

— Ecoutez ce qu'il dit et dites-le-nous.

— Je ne peux pas, je n'entends pas bien ; je suis trop loin de lui.

— Approchez-vous un peu plus près. Personne ne vous dira rien. Entendez-vous, maintenant ?

— Oui.

— Eh bien ?

— Attendez... Il est question d'un nerf... ses branches vont à l'œil... à la paupière... dans le nez...

Nous suggérons à N... qu'elle assiste à la seconde épreuve, et nous lui demandons de nous tenir au courant de ce qui se passe.

Elle nous parle encore du jury et des auditeurs, puis nous dit qu'on écoute une lecture que fait un jeune homme.

— Vous entendez ce qu'il dit ?

— Non, je suis trop loin.

— Eh bien, approchez-vous. Vous entendez, maintenant ?

— Oui. Il s'agit d'une maladie du sein. Oh ! c'est affreux, ce qu'il dit ! Il faut amputer le sein... Pauvre femme !

A la troisième épreuve, N... nous apprend de même qu'il est question d'une maladie du cœur. Et comme nous lui demandons s'il n'y a pas un mot qui revienne plus souvent que les autres :

— Si, nous dit-elle... Attendez... Il parle toujours de *valvules*... qui sont malades...

A la quatrième, elle nous raconte qu'il s'agit d'une femme

qui est morte avant d'accoucher, et qu'il faut faire l'opération de *César*.

Nous réveillons alors N..., qui, sur notre demande, nous dit qu'elle ne se rappelle pas ce que nous lui avons fait faire pendant son sommeil.

Nous lui parlons pendant un certain temps de choses diverses. Puis nous mettons le concours de l'internat sur le tapis. Il nous est facile de nous assurer qu'elle ignore absolument en quoi il consiste, quelle est la nature des épreuves, comment on les subit. Et, cependant, il résulte au moins des réponses qu'elle nous a faites pendant son sommeil, que la première épreuve est une épreuve orale d'anatomie, la seconde, la lecture d'une composition de pathologie externe, la troisième, une composition de pathologie interne, la quatrième, une question d'obstétrique. Or, c'est précisément là l'ordre des épreuves du concours à Lyon, et si N... ne le savait pas, nous, nous le savions quand nous l'interrogions. Ceci est à noter, comme aussi ce fait, que pendant toute la séance nous avions tenu sa main dans la nôtre. Inutile d'ajouter, bien entendu, que les concurrents n'eurent à s'occuper ni de la branche ophtalmique de Willis ni du cancer du sein, pas plus que des lésions valvulaires du cœur ou de l'opération césarienne.

De même que nous avions conduit N... par la pensée dans la salle des concours de l'Hôtel-Dieu, de même nous lui fîmes visiter des endroits divers. Parfois, les réponses qui furent faites à nos questions furent d'un vague désespérant, d'une banalité excessive ; parfois, elles furent étonnantes de précision. Bientôt, il nous fut psssible de nous apercevoir que les premières nous étaient faites lorsque nous interrogions sur des sujets qui nous étaient inconnus, ou bien lorsque nous ne tenions pas les mains de N... entre les nôtres ; dans le cas contraire, nous avions des réponses précises et vraies. Le fait que nous allons rapporter montrera jusqu'où pouvaient aller l'exactitude et la précision.

15° N... est endormie, commodément installée dans son fauteuil. Elle est en résolution complète.

Nous lui suggérons de se rendre chez un de nos amis dont nous lui indiquons l'adresse, en lui donnant le nom de la rue, le numéro et l'étage.

— Je suis arrivée, nous dit-elle, au bout d'un instant.

— La porte est ouverte ; entrez. Où êtes-vous ?

— Dans un corridor.

— Qu'y a-t-il en face de la porte par laquelle vous êtes entrée ?

— Une porte vitrée à deux battants.

— Ouvrez-la et entrez. Où êtes-vous ?

— Dans une salle à manger.

— Comment voyez-vous que c'est une salle à manger ?

— Il y a un domestique qui met le couvert.

— Comment cette salle à manger est-elle meublée ?

— Il y a une table, des chaises, un buffet, un dressoir.

— Comment sont ces meubles ?

— En chêne sculpté. Les chaises sont couvertes de cuir de couleur vert foncé.

— Où est le buffet ?

— Entre les deux fenêtres. Il est très beau. Il y a beaucoup d'argenterie dedans et de beaux cristaux.

— Que voyez-vous sur le mur en face du buffet ?

— Des assiettes rares accrochées contre le mur. Au milieu il y a une horloge de vieux Boule.

— Contre le mur en face de la cheminée, qu'y a-t-il de particulier ?

— Deux grands fusains.

— De qui ?

— D'Appian.

Nous arrêtons là l'épreuve. Pour nous, elle est aussi significative que possible ; cette salle à manger nous est très familière. Nous avons la certitude que N... n'y a jamais mis les pieds, et elle nous la décrit avec une exactitude absolue. Les réponses qu'elle fait à nos questions semblent dictées par nous. Peut-être le sont-elles, en effet, sans que nous nous en doutions.

16° Quelques jours après, nous racontions tout cela à un de nos camarades, qui se montrait incrédule. Comme nous cherchions un moyen de le convaincre, il nous en fournit un qui put nous servir de moyen de contrôle. Nous n'étions jamais allé chez lui ; il nous invita à dîner pour le soir. En même temps, nous fîmes prévenir N... que nous nous rendrions chez elle dans la soirée et que nous lui amènerions un ami, ce qui nous arrivait quelquefois. Le programme s'exécute. Notre camarade nous certifie que N... n'est jamais allée chez lui ; il ne la connaît même pas. Nous l'endormons et lui suggérons l'idée qu'elle assiste au dîner. Elle nous parle

alors des convives, nous dépeint exactement les personnes à côté de qui nous nous trouvions placé, nous énumère les plats que nous avons mangés, nous dit que la salle à manger s'ouvre sur une serre, etc., etc.

Notre ami, stupéfait, crie au miracle. Pour nous, nous commençons à entrevoir une explication.

17° Cette explication se résume en un mot : nous avions encore affaire à des phénomènes de suggestion. Mais ici cette suggestion n'était plus verbale, elle ne s'effectuait plus par l'intermédiaire de notre parole venant impressionner le cerveau de N... ; c'était en quelque sorte une suggestion mentale, s'effectuant sans intermédiaire apparent, mais néanmoins d'une manière évidente et efficace. De plus, cette suggestion pouvait être inconsciente de notre part. Nous nous expliquons :

Quand nous demandions à N... la description de la salle à manger de notre ami, quand nous lui demandions ce qu'il y avait sur tel ou tel mur, mentalement nous faisions la réponse à la demande ; nous pensions à l'horloge de Boule ou aux fusains d'Appian. Mais quand nous cherchions à savoir par elle quelles seraient les épreuves du concours d'internat, les choses ne se passaient pas absolument de même. Sans doute, nous savions que la première épreuve était une épreuve d'anatomie, et dans notre pensée l'idée d'anatomie dominait. Mais si N... nous a fait une réponse assez précise pour que nous ayons pu deviner qu'elle faisait allusion à la branche ophtalmique de Willis, c'est sans doute qu'il y a eu de notre part suggestion inconsciente. Et de fait, nous avions dit plusieurs fois à des camarades : « Il y aura des nerfs craniens dans l'urne. » C'était notre conviction, et nous sommes porté à croire qu'au moment où nous interrogions N..., cette idée, à l'état latent dans notre cerveau, lui a été suggérée d'une manière inconsciente de notre part. De là la première partie de la réponse : « Il est question d'un nerf. » Ces mots ont très bien pu amener dans notre cerveau un développement de cette idée latente dont nous parlions il n'y a qu'un instant, quelque chose comme la réflexion suivante : Si c'était la branche ophtalmique ? Et naturellement l'idée de la distribution de ce nerf pouvait être éveillée en nous par cela seul et suggérée à N..., toujours inconsciemment, plus facilement que le nom lui-même. De là sa réponse. Certes, nous n'affirmons rien ; ce n'est qu'une hypothèse de notre

part ; mais si elle ne nous paraissait pas d'accord avec les faits, nous ne la mettrions pas en avant. Les autres réponses de N... sur des sujets lui étant absolument inconnus nous paraissent pouvoir s'expliquer de même.

18° Pour nous, la suggestion mentale, même la suggestion inconsciente, nous parurent démontrées par ces faits, et nous répétâmes des expériences analogues un assez grand nombre de fois. Bientôt, notre conviction devint absolue. Le fait suivant la fera sans doute partager au lecteur :

N... nous avait dit un jour, pendant l'hypnose, le titre exact d'un ouvrage que nous avions laissé ouvert sur notre table, avant de sortir pour venir la voir. Nous l'avions introduite par la pensée dans notre chambre, dont elle nous avait donné une description minutieuse, avec le détail que nous venons d'indiquer. A quelques jours de là, quelqu'un se trouvant chez nous au moment où nous allions sortir pour aller voir N..., nous prions cette personne d'écrire quelque chose sur sa carte, sans nous dire quoi, et de déposer cette carte sur notre pendule. Notre expérience ainsi préparée, nous nous rendons chez N... Nous l'endormons, nous l'introduisons par la pensée dans notre chambre. Elle nous dit qu'il y a une carte sur notre pendule avec quelque chose d'écrit dessus, et que nous ne savons pas quoi. Après de longs efforts, elle finit par lire le prénom, le nom, sans se tromper, nous indique même que c'est la carte d'un élève de l'école polytechnique, puis nous dit que ce qu'il y a d'écrit au-dessous, c'est une invitation à dîner. Rentré chez nous, nous examinons la carte en question. Notre ami y avait écrit un quatrain.

Donc, N... ne s'était trompée sur rien de ce que nous pouvions lui suggérer. Sur le point que nous ignorions nous-même, elle avait répondu n'importe quoi.

A notre avis, ceci se passe de commentaire : N... répondait comme si elle avait lu dans notre pensée ; il y avait bien suggestion.

Même au bout d'un certain temps, N... lisait si bien dans notre pensée, si l'on nous permet cette image qui donne une idée exacte des faits, que lorsque nous voulions savoir d'elle quelque chose, il nous suffisait de l'endormir et de lui prendre les mains ; elle répondait bientôt à la question que nous lui posions mentalement.

Tels sont les faits que nous avons observés sur N... ; bien

entendu, nous n'avons relaté ici que les plus remarquables, les plus nets, ceux qui peuvent servir de type.

Nous devons ajouter que, depuis plus d'un an, nous n'avons pas endormi N... et que personne ne l'a endormie. Depuis cette époque, sa santé est restée parfaite, et elle n'a pas plus eu de symptômes d'hystérie depuis lors qu'elle n'en avait avant de nous servir de sujet.

---

# STRUCTURE DU CERVEAU

Par le Dr J. LUYS

## II. — DÉDUCTIONS PHYSIOLOGIQUES (1)

Messieurs,

Les considérations anatomiques précédentes que nous venons d'exposer sur la structure de l'écorce et des éléments divers qui entrent dans sa constitution, vont nous permettre d'essayer de présenter une théorie générale du mode de fonctionnement de tous ses éléments, et de montrer comme ils se combinent et comment ils entrent physiologiquement en action. Nous avons, comme je vous l'ai fait voir sur différentes préparations, constaté un certain nombre de faits anatomiques qui peuvent être considérés comme certains, et qui sont de véritables axiomes anatomiques. — Ces faits se reduisent aux propositions suivantes :

1° Les cellules de l'écorce, réparties en nombre infini, sont disposées les unes au-dessus des autres en zones stratifiées ;

2° Elles forment un réseau continue entre elles,

(1) Voyez l'*Encéphale*, 1886 et 1887, p. 16.

soit dans le sens latéral, soit dans le sens de la profondeur ;

3° Il y a dans l'écorce, comme dans la substance grise de la moelle épinière, des régions spéciales occupées par des séries de petites cellules, tandis que d'autres régions sont occupées par des agglomérations de grosses cellules ;

4° Les fibres blanches cérébrales se perdent dans les différentes zones de l'écorce et entrent en conflit soit avec les cellules de petit volume, soit avec les cellules de gros volume ;

5° Le réseaux des capillaires forment çà et là des territoires isolés dans l'intimité de la substance grise qui constituent des foyers locaux de circulations indépendantes.

Ces faits anatomiques étant ainsi établis, voyons maintenant le parti que l'on peut en tirer au point de vue de la connaissance des différents éléments de l'écorce et de leur mode de fonctionnement physiologique.

Et d'abord, Messieurs, ayez bien présent à l'esprit ce que c'est que la cellule nerveuse, cette unité anatomique ultime de la vie nerveuse. — C'est elle qui sent, qui vibre, qui s'émeut en nous, et qui réagit en un mot avec toute ses énergies spécifiques, toutes les fois qu'elle est ébranlée ; c'est elle qui est toujours en jeu dans toutes les opérations de l'activité cérébrale diurne et nocturne (1). C'est l'ouvrier infatigable de la pensée qui emmagasine et retient les impressions de toute sorte, les élabore suivant certaines lois, et les exporte sous forme de manifestations motrices. C'est donc à son

(1) Les rêves sur la nature desquels on a tant discuté, ne sont, en réalité, que le résultat de l'ébranlement persistant de cellules isolées, lesquelles sont entraînées sans direction au hasard de leurs anastomoses par leur activité automatique.

intégrité organique, à ses rapports anastomotiques normaux avec ses congénères, à sa sensibilité spécifique que tous les actes de notre vie nerveuse se trouvent fatalement rattachés ; et c'est avec elle qu'il faut absolument compter si vous voulez vous faire une idée même approximative de certaines opérations courantes et simples de votre cerveau en action. Permettez-moi quelques exemples.

Vous avez vu ces cellules groupées en séries, reliées entre elles et recevant au milieu de leurs réseaux les expansions terminales des fibres blanches; celles-ci leur apportent les incitations irradiées du monde extérieur, les ébranlements sensoriels. Un groupe d'entre elles vient-il soudainement à recevoir par leur intermédiaire un mouvement vibratoire; une incitation sensorielle quelconque, que va-t-il se passer ?

L'ébranlement sensoriel soit sensitif, visuel ou auditif, va tout d'abord concentrer son action dans son foyer d'application, dans le groupe des cellules spécifiques qui lui sont spécifiquement associées. Il va les mettre chacune isolément en vibration, et de là ce mouvement ondulatoire commencé, en raison même des dispositions anastomotiques établies, va rayonner dans des régions variées, solliciter l'activité des cellules du voisinage, fouiller çà et là les régions silencieuses et mettre finalement en activité les départements les plus éloignés de l'écorce, grâce à la richesse de ses réseaux anastomotiques et à la solidarité des mailles du réticulum nerveux. Et c'est ainsi que des groupes de cellules éloignées sont peu à peu mis en branle et associés fatalement à l'ébranlement primordial venu du dehors, et implanté dans le cerveau à longue distance.

Traduisons maintenant cette série de phénomènes en langage psychologique :

Nous disons alors, au moment où une incitation exté-

rieure est venue ébranler notre esprit, que certaines idées ont été évoquées; nous les suivons dans leur mouvement de progression, dans leurs associations souvent aussi bizarres qu'imprévues, et, après avoir assisté à ces évocations multiples, nous constatons l'énorme distance qui sépare l'idée dernière, de l'ébranlement primordial qui lui a indirectement donné naissance. Et si, inversement, nous voulons suivre les différentes étapes parcourues, il nous est possible de reconstituer les anneaux de la chaîne, de revenir à l'idée primordiale, cause de tout le mouvement et, — chose bien remarquable ! ce travail intime de notre esprit dirigé dans un sens ou dans un autre s'opère *motu proprio*, en dehors de toute volonté consciente et rien que par la mise en action des forces vives des mêmes cellules cérébrales, qui agissent ainsi en vertu de leur vitalité automatique. — Ce sont là des actes simples de cérébration inconsciente, dont on peut suivre en quelque sorte le calque psychologique sur la réalité objective du substratum nerveux qui le supporte, et qui obéissent par cela même à des rouages mystérieux préalablement établis.

Vous voyez donc que dans ces limites restreintes que nous venons de tracer, le problème psychologique marche d'accord avec le fait anatomique, et qu'en définitive, dans cette question de l'association des idées et de certains phénomènes d'imagination, il s'agit là d'un simple processus physiologique parfaitement justifié par la disposition du substratum sous-jacent.

Pénétrons maintenant plus avant dans l'intimité de notre sujet ; voici un autre exemple :

Ces cellules nerveuses corticales que je viens de vous montrer en action suivant certaines lois, qui réagissent et propagent à distance dans les différents départements de l'écorce les ébranlements qui les suscitent; elles

sont encore douées de propriétés toutes spéciales qui leur donnent une puissance dynamique véritablement bien surprenante. — Voyez-les en action. Non seulement elles sentent et réagissent sous l'incitation, comme tout plexus organique, mais encore elles sont aptes à conserver pendant un temps plus ou moins prolongé, pendant des mois, des années, toute la durée de la vie, les traces de l'ébranlement primordial qui les a tout d'abord mises en mouvement et dont elles restent imprégnées d'une façon persistante.

Elles continuent à vibrer par une sorte de prolongation posthume de l'ébranlement primordial, comme des cordes qui sont encore sonores alors qu'elles ont cessé d'être ébranlées, comme les corps phosphorescents qui retiennent les rayons disparus pendant un temps plus ou moins prolongé, comme les plaques sensibles du photographe qui conservent pendant plusieurs mois intactes les vibrations lumineuses qui les ont éclairée, même pendant une fraction infinitésimale de seconde.

Cette aptitude si merveilleuse des éléments nerveux qui conservent en eux-mêmes les traces persistantes des ébranlements passés, est destinée à jouer, comme vous le pressentez, un rôle considérable dans l'évolution des phénomènes de la mémoire. — Vous comprenez ainsi comment des souvenirs qui ne sont que des impressions anciennes, persistant dans l'intimité des cellules cérébrales ébranlées, vivent avec elles, s'éclaircissent ou s'obscurcissent suivant leur état d'intégrité organique, et comment chaque cellule sollicitée d'une façon médiate ou immédiate, une fois qu'elle a été mise en activité, conserve, pendant un temps variable suivant son intégrité, la trace des ébranlements primordiaux qui l'ont tout d'abord imprégnée. — C'est ainsi que les souvenirs sont associés aux souvenirs en raison de la solidarité intime des éléments nerveux, et c'est ainsi

que le passé de notre esprit se trouve intimement rattaché à la réalité présente, par le rappel incessant des ébranlements anciens qui, venant se mélanger à tous ces ébranlements quotidiens, forment les éléments essentiels de notre vie psychique. — Sans ces liens intimes, sans ces mélanges incessants du présent et du passé, notre vie ne serait qu'une existence instable, sans connexion avec le passé et sans soutien dans le temps.

C'est encore grâce à cette merveilleuse aptitude des cellules cérébrales à conserver les souvenirs anciens, que nous assistons à un étrange phénomène qui a lieu principalement dans nos rêves.

Dans les conditions normales, ce ne sont pas seulement en effet, les souvenirs en tant qu'ébranlements sensoriels qui sont conservés et qui se développent à un moment par une véritable reviviscence. — Ce sont encore nos émotions contemporaines qui leur sont annexées, qui sont susceptibles de se réveiller, et qui viennent inopinément faire vibrer dans le présent une note du passé.

En effet, si la plupart du temps les incidents quotidiens de la vie courante laissent nos régions émotives dans un certain état d'indifférence, il n'en est pas toujours ainsi. — La vue d'un spectacle agréable développe en nous des émotions similaires et *contemporaines* — la vue de scènes repoussantes, les souvenirs des cadavres disséqués par exemple, se gravent dans l'esprit avec un coefficient pénible ; celui des scènes de guerre dont les hommes de ma génération n'ont que trop vu d'exemples dans l'année terrible de 1870, ont imprimé dans notre sphère émotive des impressions poignantes qui vivent indéfiniment en nous, à notre insu, et qui deviennent

ainsi de véritables germes de douleur que tout être sensible porte toujours en lui, à l'état latent.

Que résulte-t-il donc de cette combinaison fatale de notre émotivité à chacun de nos souvenirs ?

Par ce fait même, et en raison de cette double association des souvenirs et des régions émotives, les souvenirs suscités amènent fatalement l'émotion contemporaine et congenère par le jeu naturel des choses — et si par hasard dans le repos de nos nuits, quelque souvenir poignant vient par suite de l'éréthisme de quelques groupes de cellules, à sortir du silence où il dort, immédiatement un travail intime s'opère à la suite ; les régions des émotions contemporaines sont sollicitées, et nous souffrons alors réellement de cette évocation du passé inopinément mise à jour. — Et, ceux qui ont passé par ces émotions savent très bien, que ce travail du cerveau en action s'opère quelquefois avec une énergie telle, qu'il en résulte comme une véritable décharge électrique, tellement aiguë qu'il se produit un réveil en sursaut, avec succession d'angoisses et repercussion synergique sur le cœur dont les battements précipités trahissent ainsi les violences des émotions indirectement sollicitées.

C'est ainsi que certains rêves pénibles suscitent les régions émotives dans une certaine direction, et, en se prolongeant plus ou moins longtemps pendant l'activité diurne, déterminent des états dépressifs, des morosités inconscientes, qui doivent êtres légitimement rattachés à la persistance de certains ébranlements cellulaires qui ne sont pas complètement éteints en nous, au moment du réveil (1).

(1) Voir à ce sujet, ce que j'ai écrit au sujet de l'influence des rêves persistants dans la généalogie de certains délires. — Luys. Traité de pathologie mentale, page 401 et p. 231. — (C'est encore une idée personnelle que certains auteurs sont en train de faire passer pour la leur.

Nous sommes donc amené à dire que l'homme porte en son for intérieur une multitude d'émotions plus ou moins pénibles, rarement hilarantes, qui ont accompagné chaque pas qu'il a fait dans la vie, chaque choc auquel il s'est heurté; et que c'est ainsi que s'accumule en silence ces réserves d'émotions latentes repétées et persistante qui constituent le fond du caractère, qui deviennent le fonds commun dans lequel il faut toujours fouiller lorsque vous, médecin, vous voudrez retrouver un des éléments les plus fréquents et les plus efficaces de toutes les perturbations mentales, c'est-à-dire l'influence des causes morales dans la pathogénie des troubles psychiques.

Ceci dit, revenons à l'interprétation psychologique du rôle des différents éléments de l'écorce. — Quelle action spéciale peut-on attribuer aux différentes zones de l'écorce?

Ce problème si complexe ne peut être abordé de front, c'est seulement par voie détournée et par analogie que nous allons essayer d'en dégager les principales inconnues.

Pour vous faciliter la compréhension de ce qui va suivre, je vous signale tout d'abord que nous allons retrouver dans le groupement des éléments corticaux les mêmes rapports anatomiques que ceux qui existent dans la structure de la moelle épinière.

Que constatons-nous en effet dans la constitution intime de la substance grise dans la moelle épinière?

Nous y trouvons d'une part des réseaux de très petites cellules dans les cornes postérieures, en communication avec la dissémination des racines postérieures correspondantes; et, dans les cornes antérieures des groupes de très grosses cellules en connexion avec les racines antérieures. Ces deux espèces de cellules nerveuses sont

reliées entre elles par des plexus d'éléments intermédiaires qui les solidarisent. Les expérience de la physiologie nous disent que les excitations nerveuses qui arrivent par les racines postérieures, sous forme incidente, se disséminent à travers les réseaux gris de la moelle; puis sont réfléchies par les cornes antérieures, et finalement transmises au dehors par les racines antérieures. — Elles nous montrent ainsi que le chemin des actions nerveuses suit des routes tracées et que ce sont toujours les excitations sensitives qui commandent le processus réflexe sensitivo-moteur.

Au point de vue qui nous occupe, la distinction du rôle physiologique des éléments nerveux corticaux d'après les apparences morphologiques qu'ils présentent, peut servir à la solution du problème qui nous occupe. — Que déduisons-nous de ce que nous avons précédemment exposé? Quel trait de lumière pouvons-nous en tirer? Un fait très précis se dégage — c'est que le caractère de petite cellule signifie aptitude sensitive, tandis que le caractère de grosse cellule signifie aptitude motricite.

Or, dans la constitution de l'écorce cérébrale, n'avons-nous pas signalé des éléments similaires, des petites et des grosses cellules? — Nous sommes donc amenés à voir des équivalents physiologiques là où nous voyons des éléments morphologiques identiques, et à considérer ces différentes zones de cellules sous-meningées de petit volume, comme étant le terrain de la dissémination des impressions sensorielles, et les zones profondes, composées de grosses cellules, comme les régions d'émission des réactions motrices. — Les premières représentent les réseaux gris postérieurs de la moelle épinière, et les secondes les groupes divers des cellules motrices des cornes antérieures.

Il y a donc dans l'écorce de véritables processus sensitivo-moteurs, de véritables *actions réflexes cérébrales*, aussi nettement établies que dans l'intimité de la moelle épinière, et de même que la physiologie de celle-ci nous montre que les réactions motrices sont toujours subordonnées à une action sensitive irradiée des cornes postérieures, de même pour le cerveau à l'état sain, on est amené à dire que les réactions motrices ne sont toujours en elles-mêmes que des effets subordonnés et secondaires. — L'observation psychologique prouve que dans les manifestations de l'activité volontaire, c'est toujours un phénomène de sensibilité présente ou emmagasinée qui est le principe de tout mouvement effectué.

En langage psychologique en effet, ces phénomènes qui se déroulent d'une façon si harmonique, nous amènent à dire que l'acte moteur qui émane de l'intimité du cerveau sous l'apparence d'une manifestation motrice volontaire, quelque spontané qu'il paraisse, n'est toujours que l'effet en retour de phénomènes sensitifs (d'idées préalables, d'émotions actuelles ou passées), lesquels lui donnent le branle et opèrent sa manifestation au dehors.

Vous venez de voir dans cette esquisse rapide de quelques actes de l'activité du cerveau, combien les opérations dont il est le théâtre sont enchaînées strictement les unes avec les autres, et combien il est rationnel de dire que ces milliers de cellules nerveuses qui le constituent avec leur propriétés dynamiques si puissantes et si variées, sont les véritables ouvriers silencieux de toutes nos activités mentales, et combien est compliqué ce réseau délicat qui tient en suspension l'équilibre de notre vie physique et morale (1).

Mais ce n'est pas tout. — Ces aperçus généraux destinés à vous guider d'une manière approximative dans ce

(1) Voir *Encéphale*, 1883, t. III, Planche II, grandi 286.

dédale des opérations du cerveau, ne sont qu'un premier pas sur votre route et les ébauches incomplètes de toutes vos études ultérieures dans le domaine si vaste des psychopathies.

Vous verrez en effet, à mesure que vous y pénétrerez, les propriétés dynamiques de la cellule nerveuse s'élever à des tonalités excessives, et, suivant qu'elles sont en éréthisme dans tel ou tel département de l'écorce, solliciter çà et là des délires partiels, des idées bizarrement associées, des idées fixes, et toute cette série de symptômes qui éclatent sous la forme d'accès de manies partielles et généralisées.

Inversement vous verrez, lorsque ces mêmes propriétés primordiales, la sensibilité, l'automatisme viendront à s'alanguir se manifester des phénomènes inverses. Là la vie nerveuse rétrocède, la puissance dynamique s'affaiblit, et alors ce sont les phénomènes de lypémanie qui se présenteront devant vous, et vous verrez, au fur et à mesure que l'épuisement des forces vitales des éléments cérébraux s'accentuera de plus en plus, se révéler les phénomènes de la stupeur, arrivant plus ou moins rapidement à sa limite extrême, l'anéantissement de la personnalité.

Vous verrez encore les perturbations de cette faculté spéciale, la reviviscence des incitations sensorielles et émotives antérieures, se révéler d'une façon insolite, et tantôt s'accroître avec une puissante énergie et développer des évocations d'une intensité extrême, et tantôt — susciter d'anciens souvenirs, qui, mélangés aux impressions de la vie courante, déterminent souvent ces incohérences de langage, ces obsessions pathologiques, et cette multitude de phénomènes étranges qui ne trouvent d'autre explication rationnelle que dans la connaissance précise de ces propriétés fondamentales dont je vous ai signalé la portée physiologique.

Et enfin, s'il s'agit de ces régions motrices que nous avons montrées si nettement subordonnées aux phénomènes de la sensibilité, vous les verrez dans certaines circonstances, sous l'incitation d'une phase d'érétisme passagère, sortir de leur rôle habituel, agir *motu proprio* par une sorte d'automatisme incoercible, et produire alors des actes inconscients, des impulsions de diverse nature, et toute cette série de mouvements désordonnés échappant à la volonté qui prouvent que chez l'être humain en proie à ces désordres, la dissociation des actes sensitivo-moteurs est accomplie, et que par conséquent les rouages de l'appareil cérébral sont dans un désarroi profond.

C'est ainsi, messieurs, que j'espère arriver à vous montrer que les phénomènes pathologiques de la vie nerveuse ne sont que des déviations des actes normaux de l'organisme, et que la vraie voie rationnelle et philosophique pour arriver à jeter quelques rayons lumineux dans les régions ténébreuses des psychopathies, c'est l'étude de la physiologie cérébrale à l'état normal et la connaissance précise des aptitudes dynamiques fondamentales dont sont doués les éléments nerveux.

*(A suivre).*

---

CONSIDÉRATIONS

# SUR LE TRAITEMENT DE LA MORPHINOMANIE

Par B. BALL et O. JENNINGS

Depuis longtemps on a distingué avec raison, le morphinisme de la morphinomanie. Par morphinisme, on entend l'ensemble des phénomènes qui résultent d'un empoisonnement chronique ; par morphinomanie, on

entend l'habitude vicieuse qui consiste à prendre régulièrement des doses presque toujours croissantes d'un stimulant toxique.

On entre dans la morphinomanie par la porte de la douleur; c'est le cas des ataxiques, des névralgiques, et d'une foule de malheureux qui, vaincus par des souffrances intolérables, cherchent un soulagement momentané dans l'emploi d'un remède qui, bientôt, devient pire que le mal.

On entre dans la morphinomanie par la porte de la volupté; car il est une foule de sujets qui se morphinisent pour éprouver cet état de jouissance, de bien-être particulier, que tous les poisons d'habitude procurent à leurs tributaires.

On entre dans la morphinomanie par la porte des chagrins, des soucis et de la fatigue; les uns se piquent pour calmer les angoisses morales, les autres pour retrouver la force qui leur est nécessaire pour accomplir un travail quotidien.

Mais en général les morphinomanes sont retenus en captivité par le malaise intolérable qu'ils éprouvent quand ils s'efforcent de renoncer à leur vice. A un moment donné, le morphinomane, en état de privation, éprouve une défaillance intolérable, un sentiment de malaise général qui souvent s'accompagne de troubles allant jusqu'aux limites de la syncope et qui peuvent aller jusqu'à la mort. C'est le collapsus, décrit par tous les auteurs, et qui se reproduit à des degrés divers chez tous les malades en cours de traitement.

Si l'on étudie, à l'aide du sphygmographe, le tracé du pouls chez ces sujets, on obtient une courbe qui dessine très exactement les variations par lesquelles passent les fonctions circulatoires.

Le morphinomane est en état de besoin, il est privé depuis un temps plus ou moins long de sa piqûre habi-

tuelle : il éprouve la défaillance qui lui fait désirer son stimulant d'habitude. A ce moment, la courbe sphygmographique présente un plateau correspondant à la systole, et qui ressemble dans une certaine mesure au tracé que l'on obtient dans certains cas de néphrite chronique dans les anévrismes du tronc brachio-céphalique, et dans d'autres maladies.



MORPHINOMANE EN ÉTAT DE BESOIN

A ce moment, en effet, il y a rupture d'équillibre entre l'impulsion cardiaque et la résistance vasculaire. Les tissus sont en état d'anémie par défaut, et les centres nerveux sont les premiers à souffrir de cet état de choses. Voilà pourquoi le morphinomane, en état d'anémie cérébrale, souffre d'une agitation qui répond à l'anémie. En même temps, il se sent défaillir et toutes les actions vitales semblent suspendues chez lui.

A ce moment le malade se fait une piqûre.

Quelques instants après il entre en état de satisfaction. La résistance périphérique est vaincue, le cœur triomphe sur toute la ligne, les tissus entrent en état de turges-



MORPHINOMANE APRÈS PIQURE DE MORPHINE

cence vitale, les fonctions se rétablissent, et tout malaise disparaît.

Le pouls se relève immédiatement, la transformation s'est opérée.

Le tracé sphygmographique indique la disparition du plateau et la courbe a presque repris l'état de la circulation normale, sauf un léger aplatissement, à la fin de la systole, qui indique un léger degré de tension artérielle.

On sait que les morphinomanes privés de leur stimulant habituel reviennent à l'état normal après une lutte plus ou moins pénible, et plus ou moins prolongée. Nous laissons de côté les névralgiques et les vicieux : mais pour ceux qui n'ont aucun motif sérieux pour se livrer aux influences de la morphine, le problème à résoudre consiste à supprimer le stimulant d'habitude et à le remplacer au moment du besoin par un médicament capable de réveiller l'activité de la circulation, et de rendre aux tissus vivants leur aliment indispensable.

On a préconisé comme succédanés de la morphine un grand nombre de médicaments divers. L'alcool, le café, la paraldehyde, la cocaïne, l'apomorphine, le chloral, la vanilline, la pilocarpine et bien d'autres substances médicamenteuses et toxiques ont été successivement mises en avant. Mais la plupart de ces médicaments se trouvent être non seulement insuffisants, mais encore nuisibles. Ils produisent des troubles qui leur sont particuliers et qui viennent souvent se surajouter aux inconvénients de la morphine, sans les atténuer en aucune mesure.

Nous avons pensé qu'il serait préférable de s'adresser aux toniques du cœur et à relever l'action de cet organe aux moments où il commence à défaillir. Dans ce but, nous nous sommes adressé au sulfate de spartéine, qui remplit la plupart des conditions voulues et qui peut très facilement s'administrer par voie d'injections hypodermiques. Nous guettons le moment de la défaillance

indiquée à la fois par le plateau du tracé sphygmographique et par les sensations intimes du malade. A ce moment nous administrons une piqûre de deux à quatre centigrammes, pouvant être répétée au besoin, et nous voyons au bout de quelques minutes le pouls se relever et le danger disparaître. Suivant l'expression des malades ce médicament leur donne du cœur. Ils expriment ainsi dans un langage familier une vérité physiologique, dont le sphygmographe vient confirmer par son témoignage l'exactitude absolue.




Le traitement de la morphinomanie consisterait donc :

1° A placer le malade dans une maison de santé où la surveillance indispensable du médecin peut s'exercer à chaque instant;

2° A supprimer plus ou moins complètement l'usage de la morphine;

3° A relever l'action du cœur au moment opportun par une injection de spartéine, à laquelle on joindrait en cas de besoin une injection de morphine si les accidents devenaient par trop menaçants. Il ne faut pas oublier en effet, que le collapsus peut se terminer par la mort et que l'emploi de la morphine le fait immédiatement disparaître.

Un autre médicament, déjà connu dans le traitement de l'angine de poitrine et des affections cardiaques, peut apporter au malade un soulagement momentané.

Nous voulons parler de la nitro-glycérine administrée sous forme de quelques gouttes déposées sur la langue. Ses effets, très analogues à ceux de la spartéine au point de vue qui nous occupe, sont en même temps beaucoup plus rapides et beaucoup plus éphémères. Les effets de la nitro-glycérine se font sentir au bout de quelques secondes, ils ont disparu au bout d'un quart-d'heure environ, laissant derrière eux une céphalalgie assez persistante. On pourrait donc utiliser ce médicament dans les cas légers, où un soulagement rapide mais peu durable est suffisant pour parer aux besoins de la cause.




Ce traitement, dont nous avons souvent expérimenté les bons effets, est applicable surtout à la période où le morphinomane, privé de son poison d'habitude, traverse une période d'angoisse qui fait souvent reculer les courages les plus déterminés.

Au bout de quelques semaines l'épreuve est terminée : le morphinomane ne souffre plus des privations qui lui



sont imposées, et, s'il n'est pas encore guéri, il est du moins sorti de la captivité où le retenait un impérieux besoin.

Dès lors la tâche du médecin est relativement facile, et l'emploi des toniques du cœur devient une question accessoire. Il s'agit maintenant de fortifier la constitution dans son ensemble, et de garantir le malade contre ses propres égarements, par une surveillance rigoureuse et prolongée.

Nous devons faire observer que nos tracés ont été pris avec le sphygmographe anglais de Dudgeon, qui donne des courbes qui ne sont point comparables à celles du sphygmographe de Marey.

---

## IMPRESSIONS

# D'UN BUVEUR D'OPIUM

### DÉCRITES PAR LUI-MÊME

Usage progressif et immodéré des préparations opiacées. — Laudanum de Rousseau pris à la dose de quatorze à vingt grammes par jour. — Diminution progressive de l'appétit. — Le malade pendant sept ans ne s'alimente en outre de son opium qu'avec une soupe, ou un œuf, ou un fruit par jour. — Il vomit tous les aliments solides. — Conservation des facultés intellectuelles. — État de béatitude. — Conscience de son état.

Par le Dr J. LUYS

Le hasard des circonstances fit entrer, vers le mois de décembre 1886 dans mon service à la Charité, le nommé Georges T. — salle Saint-Ferdinand, n° 6, employé, âgé de 30 ans. Ce jeune homme venait réclamer mes soins pour un état extrême de fatigue et de délabrement du système nerveux dont il était frappé, consécutivement à un état général d'intoxication par l'opium auquel il était en proie depuis plusieurs années.

C'est un jeune homme de moyenne taille, d'une nature fine, ayant reçu une certaine éducation, et rendant parfaitement compte de son état actuel et de son épuisement. Ses forces physiques sont très atténuées, il parle à voix basse, il traîne les jambes, son visage présente un certain incarnat et ses mains sont violacées, froides et visqueuses ; les pupilles sont contractées et la bouche sèche. Pas d'appétit, constipation opiniâtre, avec évacuation tous les quinze jours ; il ne peut prendre qu'un bouillon à son repas du soir, et tous les jours il ne se soutient, nous dit-il, qu'avec une dose de laudanum de Rousseau qu'il a successivement portée à vingt grammes par jour, moitié le matin, moitié le soir.

Obligé de suivre une ascension continuelle dans cette voie, et ne pouvant aller au delà, il est entré à l'hôpital de plein gré, pour tâcher de se déshabituer de l'opium et de reprendre la vie normale. En présence d'un cas d'opiophagie aussi réel et aussi caractéristique, voici le traitement que je proposai au malade, il ne tarda pas à l'accepter et à s'y soumettre.

Je résolus d'aller en diminuant les doses de laudanum tous les jours d'un gramme, et d'aider au traitement ainsi constitué en lui donnant des toniques spéciaux du système nerveux, tels que le sirop de biphosphate de chaux soluble, le café noir et le laitage. L'alimentation se fit d'une façon progressive, et en la variant convenablement nous pûmes arriver à faire tolérer à l'estomac les aliments liquides d'abord, puis les aliments solides.

En suivant cette méthode, en augmentant quelquefois la dose journalière d'opium diminuée la veille, suivant l'état de dépression ou d'excitation du sujet, je pus ainsi constater sa résurrection progressive, le retour des facultés digestives dont l'énergie s'accusait d'autant plus que la dose d'opium diminuait peu à peu. Le malade se sentant très notablement reconstitué et apte à gagner sa

vie me demanda sa sortie. A ce moment il n'était pas encore complètement sevré d'opium, il prenait encore un gramme par jour, mais son état normal d'esprit était revenu à son niveau habituel ainsi que ses forces physiques.

Pendant les trois mois environ qu'il a passés dans mon service, je lui ai demandé de me rédiger son journal intime et de me faire part des impressions spéciales dont parlent les opiophages. — J'ai cru à l'aide de ce document autobiographique fournir aux lecteurs de l'*Encéphale* quelques traits originaux concernant l'état mental de ces pauvres sujets, et montrer combien ils payent cher par la privation de l'excitant favori les quelques moments d'extase et de béatitude dont ils sont artificiellement la proie.

Je lui passe donc la parole :

Monsieur le Docteur,

J'ai actuellement 30 ans. — Mes parents paternels et maternels ont toujours été dans le plus parfait état de santé. Mon père est du midi : brun, maigre, nerveux, actif; ma mère, du nord, est blonde, forte, nature indolente et paresseuse. Je ressemble à ma mère au physique, à mon père au moral. Je n'ai jamais eu la moindre maladie; j'ai toujours été maigre comme je le suis, l'usage de l'opium ne m'a pas changé. Avant de fumer l'opium, à 20 ans je pesais 53 kilog.; aujourd'hui après avoir usé et même abusé de l'opium pendant dix ans, je pèse le même poids. Je n'ai jamais fait un travail fatigant; étant au lycée jusqu'à l'âge de 17 ans et n'en étant sorti que pour m'engager au 2e régiment d'infanterie de marine.

En 1876, je suis allé en Cochinchine : six mois après mon arrivée j'ai fumé de l'opium pour la première fois, par simple curiosité (juin 1876) et depuis ce jour je n'ai jamais cessé de prendre au moins l'équivalent de 15 grammes d'opium par jour, et au plus de fumer 25 grammes d'opium pur par jour.

*Description d'une* « fumerie » *d'opium. — Manière de préparer et de fumer les pipes. — Prix de l'opium.* — Presque tous les Chinois et les Annamites fument l'opium et pas un n'ose avouer sa passion. On ne fume pas l'opium dans l'intérieur des familles, le Chinois qui veut fumer se rend dans une « *fumerie* ».

La fumerie est un établissement public, elle se compose généralement de deux salles : une grande salle donnant sur la rue, et derrière, une petite salle cachée pour ceux qui ne veulent pas se faire voir. Les salles ont pour tous meubles un lit de camp circulaire ; les places sont séparées par un rideau. Au milieu de la salle est placée une grande table, couverte de tasses et de cafetières chauffant sur des réchauds, de tabac et de papier à cigarettes. Le tout est gratuit comme l'entrée dans la fumerie. Le propriétaire de l'établissement fournit à volonté le thé, le tabac et le café, il se contente, pour bénéfice, de la crasse d'opium qui reste dans les pipes : cette crasse se nomme « *chandos* »; elle sert à faire des pilules pour les fumeurs qui sont forcés de cesser de fumer, soit qu'ils voyagent ou soient mis en prison. Un fumeur en prison mange par jour 2 ou 3 grammes de ce chandos. On l'emploie également en le fumant une deuxième fois, en le mêlant à de l'opium qui n'a pas encore servi; cette préparation est plus forte que l'opium pur et quelques vieux fumeurs ne fument plus que ce mélange.

A la porte de la fumerie se tient le marchand d'opium ; il est placé derrière une petite table sur laquelle sont : des balances, des pots remplis d'opium et de petites coquilles.

L'opium vaut son poids en argent; lorsqu'on le paye avec une pièce d'argent, le marchand met d'un côté des balances une coquille, fait la tare avec de petits plombs, puis il donne en opium le poids de l'argent : 0 fr. 20 le gramme. Après avoir acheté son opium le fumeur entre dans la fumerie, passe au comptoir où on lui donne une pipe, puis il choisit une place. Chaque place est garnie des instruments nécessaires, qui sont : une femme qui fait les pipes, (ces femmes qui font les pipes sont des fumeuses d'opium, elles ne quittent pas la fumerie et se contentent pour tout paiement des quelques pipes que les fumeurs veulent bien leur donner). La femme est couchée sur le flanc gauche, de manière à avoir le bras droit libre; elle attend le client. Les fumeurs ne font jamais les pipes eux-mêmes; il y a de vieux fumeurs qui seraient incapables de préparer une pipe, ce travail étant très délicat et très difficile, et le fumeur ayant un meilleur emploi à faire de son intelligence que de l'appliquer à la préparation des pipes. Le fumeur se couche en face de la femme, sur le flanc droit; entre eux se trouve un plateau couvert d'une lampe et d'aiguilles minces de la longueur des aiguilles à tricoter. — La pipe à opium se compose d'un tuyau en bambou, long de 25 centimètres, et de la grosseur d'une grosse canne. Sur ce tuyau s'adapte le fourneau qui a la forme d'une deim-sphère; il est en terre rouge, creux et n'a pour ouverture qu'un petit trou percé sur la surface plane. L'opium contenu dans la

coquille a l'aspect d'un sirop épais, brun. La femme qui a fait les pipes trempe le bout d'une aiguille dans la coquille, elle en retire une goutte d'opium grosse comme un plomb n° 7; elle fait chauffer cette goutte au-dessus de la lampe; l'opium bout et prend la consistance de la cire à cacheter. Elle renouvelle plusieurs fois cette opération, en trempant de nouveau la goutte sèche dans la coquille, jusqu'à ce qu'elle ait une boule de la grosseur d'un gros pois; il ne faut pas que l'opium flambe lorsqu'on le chauffe, et il faut le chauffer assez pour en faire évaporer toute l'eau et obtenir au bout de l'aiguille une boule sèche qu'elle façonne sur la surface plane de la pipe, en forme de pain de sucre. L'opium étant ainsi préparé, elle fait chauffer la surface plane de la pipe sur laquelle se trouve le trou, puis elle enfonce l'aiguille garnie de l'opium dans ce trou; l'opium se ramollit et se colle contre la pipe chaude; elle attend le refroidissement, puis retire l'aiguille seule, l'opium étant resté collé sur la pipe.

La femme prend alors son air le plus aimable, vous montre la pipe et dit : « *Pour moi* » ? — Comme le fumeur est toujours pressé de fumer la première pipe, il répond invariablement : « *Non, non* ». La femme fait alors une affreuse grimace et lui tend la pipe d'un air résigné.

Le fumeur est couché, la tête placée à 25 centimètres de la lampe; il place le fourneau de la pipe au-dessus de la lampe, et pendant que l'opium bout, il en absorbe la vapeur en aspirant fortement par le tuyau. Une partie de l'opium ne brûle pas complètement et s'engouffre dans la pipe avec la fumée. Cet opium est le paiement du Chinois qui tient la fumerie, et qui ne perd pas ses clients de vue pour qu'ils ne démontent et ne nettoient pas les pipes.

Quoiqu'on récolte de l'opium en Cochinchine, la plupart de l'opium qu'on y fume vient des Indes; cet opium est vendu par les Anglais. Les droits d'entrée dans la colonie française sont assez considérables, aussi les Chinois font-ils beaucoup de contrebande. Tout l'opium livré au commerce en Cochinchine doit avoir passé par la « ferme d'opium »; le plus petit village de Cochinchine est surveillé par un agent français chargé d'empêcher la contrebande.

*Défense de fumer l'opium.* — Six mois après mon arrivée en Cochinchine (juin 1876), le général Bossan, gouverneur, fit afficher et publier une défense expresse de fumer l'opium. Cette défense était formulée d'une façon très maladroite et dépeignait la passion de l'opium, de manière à exciter la curiosité. Personne avant la défense ne songeait à fumer l'opium ; après cette défense, tout le monde se disait : « Ce doit être bien bon cet opium, pour passionner à un tel point; je

veux m'en rendre compte et fumer au moins une fois, par simple curiosité. » Six mois après cette défense, un vingtième de la population européenne s'était adonnée à l'opium, malgré les fortes peines prononcées contre les fumeurs ; ces peines étaient : pour un soldat, 60 jours de prison ; un gradé était cassé ; un employé civil était renvoyé en France et perdait sa place.

Je fumai donc pour la première fois, afin d'avoir une idée de cette passion extraordinaire dont parlait le gouverneur. La nuit était venue vers 6 heures, je me rendis avec plusieurs sous-officiers mes collègues dans un petit village, près de Chandoc. Là nous achetâmes chacun pour 0 fr. 50 d'opium, 2 gr. 1/2 ; avec cette quantité, on peut faire cinq pipes, de sorte qu'à chaque pipe on absorbe la vapeur de 50 centigr. d'opium. Comme je n'étais pas habitué, à la deuxième pipe je me levai pour rendre; je rendis sans effort tout ce que j'avais mangé, puis je me recouchai et continuai.

L'opium brûlé n'a pas une odeur bien forte, la satisfaction que l'on obtient au moment même où l'on fume est nulle ; l'odeur de l'opium rappelle celle du sucre et de la pomme brûlés.

*Effets produits au physique et au moral.* — Un quart d'heure après avoir fumé, je ressentis dans tout le corps un bien-être inexprimable; il me semblait que j'étais plongé dans un bain de lait tiède, dans du coton. Toutes les indispositions physiques disparaissaient ; les organes ne fonctionnent plus, le corps est insensible à la fatigue; l'esprit reste seul souverain et semble débarrassé de la tête (voyez X. de Maistre). On éprouve alors une grande exaltation, bien supérieure et bien plus agréable que celle produite par l'alcool. La mémoire est parfaite, on se souvient facilement de choses que l'on avait oubliées depuis longtemps. Par exemple : la musique savante que l'on n'a entendue qu'une fois se retient peu et se comprend difficilement ; après avoir fumé l'opium, on se souvient des airs dont on avait perdu le souvenir et on pourrait fredonner des actes entiers d'opéras qu'on n'avait entendus qu'une fois et qu'on avait à peine compris à une première audition. On lit sans fatigue les ouvrages les plus sérieux et on comprend facilement les dissertations les plus embrouillées. Avant de fumer l'opium, je lisais les œuvres des philosophes des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles; mais comme mon esprit était naturellement paresseux, ces lectures étaient pour moi un travail et me fatiguaient vite; après avoir fumé, ces mêmes lectures étaient pour moi un plaisir et j'y rencontrais des beautés que je n'avais pas remarquées à une première lecture.

Après avoir fumé l'opium, on préfère être seul, l'imagina-

tion pouvant faire voir des choses plus agréables que n'importe quel livre ou n'importe quelle réalité. Lorsqu'on ne peut être seul, la conversation devient un véritable plaisir; j'ai passé des nuits à causer avec des amis, et il m'arrivait de parler pendant deux heures consécutives sans éprouver la moindre fatigue et sans m'interrompre pour chercher un mot ou une expression propre à rendre ma pensée.

Après avoir fumé, la femme vous devient absolument indifférente, la différence des sexes ne semble pas exister. Une fois seulement, en dix-huit mois, j'ai essayé de voir une femme, mais je ne suis arrivé à rien, qu'à un grand dégoût.

Je fumais à 6 heures du soir; pendant toute la nuit, je marchais; le matin j'étais énervé, il fallait que je fasse un travail quelconque, je n'aurais pu rester inactif; vers 9 heures, je commençais à être un peu fatigué, puis j'avais sommeil, je me couchais et dormais profondément, sans rêver, jusqu'à 6 heures du soir.

*Deuxième influence de l'opium, — Etat de somnolence.* — A 6 heures, on m'éveillait; j'étais couvert de sueur, la tête lourde, me mouchant beaucoup, fatigué, courbaturé, grelottant au moindre souffle du vent (avec 35 ou 40° de chaleur), ne pouvant arrêter ma pensée sur un souvenir agréable, ayant des pensées tristes qui m'envahissaient subitement, ayant le souci de l'avenir que je voyais tout en noir.

Lorsqu'on est sous cette seconde influence de l'opium, un souvenir dont on rirait étant sous la première influence suffit à vous faire pleurer.

L'appétit, ou plutôt une sorte de vide d'estomac se fait sentir à ce moment, on mangerait beaucoup, mais le fumeur ne mange presque pas, ayant hâte de se débarrasser du malaise et de la tristesse dont il est envahi, et sachant que l'opium agit moins vite lorsque l'on a mangé.

Autant la femme est indifférente pendant la première influence de l'opium, autant les désirs qu'elle inspire sont violents pendant la deuxième influence; rien que la pensée d'une femme, la vue d'une forme de femme vous fait monter le sang à la tête. Si, en cet état, on voit une femme, le moindre contact suffit à calmer pour un quart d'heure, après quoi on peut recommencer jusqu'à sept ou huit fois en une nuit.

Tous les organes semblent se réveiller, plus sensibles qu'à l'état normal : l'odorat est très développé, la moindre odeur est insupportable, et si peu qu'elle soit désagréable donne des envies de rendre. En résumé cet état est extrêment pénible, c'est un malaise général et un énervement fort désagréable au physique et une tristesse indéfinissable au moral.

Naturellement, on reste le moins longtemps possible en cet

état, et le fumeur s'empresse de se traîner à une fumerie où il arrive de mauvaise humeur, ne répondant pas si on lui parle. Dix minutes après qu'on a fumé, la transpiration cesse, on cesse de se moucher, de cracher, et la gaieté revient avec la netteté des idées ; on devient bavard, communicatif, aimable autant qu'on était maussade quelques minutes avant. Si on a mangé avant de fumer, on rend ce qu'on a mangé, sans efforts, aussi facilement que si on crachait. Si on n'a pas mangé, le mal d'estomac et la faim cessent immédiatement après la première absorption d'opium. Il serait alors impossible de manger, si peu que ce fût, sans le rendre.

*Quantité d'opium que l'on fume. — Augmentation des doses.* — La première fois que l'on fume, 2 gr. 1/2 (5 pipes) suffisent par jour; seulement la première influence de l'opium ne se prolongeant que pendant dix-huit ou vingt heures, on a quelques heures de malaise avant de recommencer à fumer. Après huit ou dix jours, l'influence agréable (la première) cesse dans la journée vers midi ; le temps du malaise devient alors trop long, et il faut fumer deux fois par jour, à 6 du matin et à 6 heures du soir ; on fume la même quantité (2 gr. 1/2) deux fois par jour, ce qui double la dose et fait 5 gr. par jour. Après quelque temps il faut augmenter. Que l'on fume peu ou beaucoup, l'influence immédiate est à peu près la même, seulement l'effet produit dure plus ou moins longtemps. Il faut augmenter continuellement les doses, puis on fume trois fois par jour, puis quatre, etc..., c'est là le revers de la médaille : après dix-huit mois, j'étais forcé de fumer sept ou huit fois par jour et il me fallait vingt cinq grammes d'opium par jour.

Il y a de vieux fumeurs qui fument toute la journée et une partie de la nuit ; ces riches Chinois absorbent jusqu'à 150 gr. d'opium par jour. L'usage et même l'abus de l'opium ne tue pas, j'ai vu des vieillards de soixante-dix ans et plus qui fumaient depuis quarante ans. Ces hommes sont de véritables phénomènes, ils sont d'une maigreur telle que le malade le plus maigre ne pourrait leur être comparé ; ils ont la peau collée sur les os, on distingue parfaitement les os des jambes, les côtes sont visibles comme celles d'un squelette ; ils ne mangent plus ou très peu (quelques grammes de riz sec par jour) ; ils vivent à la fumerie qu'ils quittent à peine.

Les missionnaires qui sont entrés dans une fumerie d'opium et qui ont écrit leurs relations de voyage, représentent le fumeur d'opium comme un idiot, complètement abruti, incapable de parler et même de fumer, une brute, un corps sans âme (une âme sans corps serait plus vrai). Ces appréciations sont absolument fausses ; les vrais fumeurs d'opium n'aiment

pas beaucoup parler, préférant les chimères que leur imagination leur fait voir à la conversation banale d'un homme, fût-il le plus spirituel du monde ; aussi sont-ils contrariés lorsqu'ils sont forcés, par politesse (car ils sont toujours très polis) de répondre à un étranger qui leur parle. Lorsqu'un Européen vient ennuyer par son bavardage un fumeur qui se promène au septième ciel, et le force à redescendre sur terre, il est généralement accueilli froidement, et ne reçoit que des réponses courtes, ayant pour but de terminer l'entretien le plus vite possible ; quelques fumeurs ne daignent même pas répondre, c'est pourquoi on a conclu que le fumeur est absolument abruti et dort continuellement. Moi qui ai vécu avec des fumeurs je puis affirmer que le plus vieux fumeur a conservé toute son intelligence et toute sa mémoire, dont il se sert parfaitement quand il veut — (tant qu'il fume).

S'il cesse de fumer, étant arrivé à cet état (450 gr. par jour), il meurt sans connaissance le deuxième ou le troisième jour après avoir cessé de fumer.

Après deux ans de séjour j'ai dû quitter la Cochinchine et cesser de fumer. Les Chinois m'avaient dit mainte fois que lorsque je cesserais de fumer je mourrais; mes amis insistaient pour me déshabituer en diminuant les doses, mais la jouissance produite par l'opium est tellement supérieure à toutes les satisfactions qu'on peut se procurer ici-bas, que je préférerais fumer jusqu'au dernier moment, sans m'inquiéter de l'avenir, et faisant volontairement le sacrifice de ma vie.

Après un séjour de deux ans en Cochinchine, je suis rentré en France; pendant les dix-huit derniers mois j'avais fumé l'opium et je n'avais eu la moindre indisposition ; mais ne mangeant pas j'étais devenu très maigre, je pesais 42 kil. à mon arrivée en France. Tous les soldats de ma compagnie ont été plus ou moins malades, beaucoup sont morts du choléra, d'autres de la dysenterie, enfin presque tous ont eu les fièvres. Hatien est un poste où les hommes ne restent jamais plus de trois mois, à cause des fièvres, et tous les hommes qui vont dans ce poste en sont plus ou moins atteints. Moi, étant sous-officier et ayant fait la demande au gouverneur, j'ai obtenu de rester six mois à Hatien et *je ne sais pas ce que c'est que la fièvre !* — Est-ce l'opium qui m'a préservé du choléra, de la dysenterie et des fièvres, je le crois mais je n'oserais l'affirmer. Ce qui est certain, c'est que l'opium m'a préservé de l'ivrognerie (je ne buvais que du thé et du café, comme tous les fumeurs, qui ont horreur de l'alcool), des souffrances occasionnées par les chaleurs, et indirectement des maladies vénériennes qui sont fréquentes dans ce pays.

J'ai joui pendant dix-huit mois d'un bonheur parfait que j'ai

payé longuement par les souffrances que j'ai endurées à bord, quand je fus privé d'opium. Je me suis embarqué à quatre heures du soir, depuis six heures du matin j'avais fumé 30 grammes d'opium (je n'avais jamais fumé une si grande quantité en si peu de temps). J'ai passé la nuit la plus heureuse de ma vie; je n'ai cessé de marcher sur le pont, je voyais au delà de l'horizon la France et tout ce que la civilisation peut donner de plaisir à un homme qui est privé de ce genre de plaisirs depuis deux ans : mon bonheur était parfait. L'insouciance est telle en cet état, que je savais parfaitement que le lendemain je serais privé d'opium, que si je n'en mourais pas, (les Chinois me l'avaient prédit mainte fois) j'en souffrirais horriblement; cette seule pensée d'un malheur prochain et inévitable suffirait à troubler le bonheur d'un homme à l'état normal mais une particularité de l'opium est de vous laisser un bon heur absolument pur, une insouciance absolue; l'avenir n'exist pas, le moment présent est tellement agréable qu'il absorb toutes les facultés, il ne reste pas de place à une pensée dése gréable. Le lendemain vers midi j'étais un peu fatigué, je com mençais à bailler, à me moucher, à transpirer et à larmoyer; je ressentis un léger mal d'estomac, puis j'eus sommeil. Je m'éveillais dans un état de malaise indéfinissable; j'étais tellement abattu, fatigué, avare de mouvements, que (détail un peu réaliste, mais qui peut donner une idée de mon peu d'énergie), que je n'avais pas même le courage de me moucher, mon nez et mes yeux coulaient, je bavais et j'étais couvert de sueur. Dans la mer de Chine, avec 40° de chaleur, je grelottais. Je serais probablement mort dans cet état, si le docteur du bord ne m'eût vu sur le pont; je paraissais tellement souffrant qu'il me fit entrer d'urgence à l'hôpital. Je lui avouai que j'avais fumé de l'opium, et après m'avoir vertement réprimandé, il m'ordonna quelques grammes de laudanum; grâce à ce traitement je fus sauvé. Je fus pendant dix ou quinze jours à peu près sans connaissance, dormant dix-huit heures par jour; puis je revins à la vie, je mangeais énormément, avec une sorte de voracité, mon estomac semblait toujours vide. Après quinze jours je ne dormais plus du tout, je passais des nuits absolument sans sommeil et je transpirais énormément; j'engraissais assez vite, mais je restai mou, sans énergie, sans la moindre force, pouvant à peine me porter. Si peu que je dormais j'étais tourmenté par d'affreux cauchemars. J'étais bien plus malade encore au moral.

Après avoir fumé l'opium en Cochinchine pendant dix-huit mois, je vivais en France. Je passai l'été à la campagne; j'avais alors tout ce qui peut faire revenir un malade à la santé, une nourriture excellente, le grand air des forêts et des montagnes;

je prenais beaucoup d'exercice, passant mes journées à la chasse ou à la pêche. J'avais beaucoup d'appétit, j'engraissais très vite, mais je restais sans énergie, mou, paresseux, quoique n'étant pas précisément malade. Je regrettais l'opium et j'y pensais continuellement. Si j'avais pu rester dans l'oisiveté, j'aurais renoncé définitivement à l'opium; mais je quittai ma famille et fus forcé de travailler pour gagner ma vie. Je trouvai un emploi qui ne m'occupait que de 9 heures du matin à 4 heures du soir; mon travail consistait à faire des notices bibliographiques. Ce travail auquel je n'étais pas habitué était assez pénible pour moi. Je me souvins alors de la facilité avec laquelle j'écrivais après avoir fumé lopium, et je pris du laudanum de Sydenham (en 1879).

La première fois, avant d'aller travailler, je pris dans un ni-verre d'eau 30 gouttes de laudanum de Sydenham; ndant quelques heures je fus bien, au physique surtout, is le laudanum est loin de produire des effets aussi agréables e ceux qu'on ressent après avoir fumé l'opium. Je mangeai à midi. Pendant les quinze premiers jours je prenais à jeun 30 gouttes de laudanum de Sydenham; pendant toute la matinée je travaillais facilement, mais une heure après avoir mangé, j'étais lourd, fatigué. Je repris alors 30 gouttes après le repas, à une heure; mais après le repas ce laudanum ne produisait aucun effet. Les jours suivants j'attendis pour prendre ma deuxième potion, que la digestion fût faite, et je pris mes 30 gouttes deux heures après le repas, vers trois heures après midi. A quatre heures seulement je commençais à être bien, mais à ce moment mon travail était terminé. Bref, de neuf heures du matin jusqu'à l'heure du repas (midi), j'étais très dispos et je travaillais très facilement, mais mon après-midi était perdu. Je résolus alors de ne plus déjeuner; je pris 40 gouttes de laudanum le matin à neuf heures; puis, à midi, au lieu de manger, je reprenais 40 gouttes. Je remplaçais donc avantageusement mon déjeuner par 40 gouttes, et je travaillais très facilement pendant toute la journée; j'étais très dispos et je ne ressentais aucune fatigue. A six heures du soir je faisais mon premier et seul repas de la journée, et ce repas était des plus légers. Je n'aurais pas pu mâcher de viande, n'ayant pas assez de salive, je mangeais le plus souvent un ou deux œufs crus ou un peu de soupe. Je me trouvai très bien de ce régime et je continuai (1879-1880-1881); mais je fus obligé d'augmenter les doses, je pris 60 gouttes puis 80, puis deux potions dans la matinée : une à 8 heures, la deuxième vers 10 heures, deux le soir, à 1 heure et à 3 heures. Le laudanum de Sydenham est très mauvais pour cet usage, il agit trop lentement, on en ressent les effets qu'une heure après l'avoir

pris, il altère beaucoup et a un mauvais gout de safran auquel on s'habitue très difficilement. Comme son action est très lente, il endort facilement si on en prend une grande quantité. Avec 30 gouttes on s'endort facilement, avec 60 gouttes le sommeil devient impossible ; après un certain temps seulement on s'endormirait facilement un quart d'heure après avoir pris ces 60 gouttes, à ce moment l'effet produit n'était pas en son plein.

En 1882, j'eus l'idée de prendre du laudanum de Rousseau. Ce laudanum semble avoir été fait pour produire les effets que j'en attendais. Il n'endort pas comme le Sydenham, il est trop actif et agit trop vite. Exemple : avec 2 grammes de laudanum de Rousseau, on est surexcité et le sommeil devient impossible ; avec l'équivalent en laudanum de Sydenham (4 grammes), la quantité n'est pas suffisante pour produire la surexcitation nécessaire à empêcher le sommeil, l'effet ne se produit pas immédiatement, tandis qu'avec le laudanum de Rousseau, cinq minutes après l'avoir pris, on en ressent tous les effets. Depuis 1882, je n'ai pris que du laudanum de Rousseau et m'en suis trouvé très bien, je n'ai pas eu soif, ce qui m'arrivait souvent lorsque je prenais du laudanum de Sydenham.

Il m'est arrivé deux ou trois fois de manquer de laudanum de Rousseau, j'ai alors pris le double de laudanum de Sydenham ; mais chaque fois que j'ai fait ce changement, je m'en suis trouvé mal, même en prenant plus du double de ma potion habituelle (par exemple 3 grammes de laudanum de Sydenham au lieu de 1 gramme de laudanum de Rousseau).

Jusqu'en 1883, je prenais du laudanum dans la matinée et dans la journée, mais vers quatre heures du soir, je cessais d'en prendre et je mangeais à six heures et dormais pendant la nuit. J'avais remplacé le repas du matin par une dose de laudanum, j'essayai de faire de même pour le repas du soir : au lieu de manger à six heures, je prenais une dose, je n'avais plus alors le moindre appétit, et si j'augmentais la dose, le sommeil me devenait impossible : je passais très facilement la nuit à lire, et le matin, j'allais travailler sans avoir dormi et sans être fatigué. Il m'est arrivé de passer quatre nuits dans une semaine sans être trop fatigué. En ce cas, je préférais ne pas manger, mais si je voulais manger et veiller après, je prenais ma dernière potion de la journée à quatre heures, je mangeais à six heures, et, à neuf heures, au lieu de m'endormir, je prenais une autre potion qui me permettait de lire ou de travailler pendant quatre ou cinq heures, et ainsi de suite toutes les quatre ou cinq heures.

En 1884, je prenais à peu près cinq grammes de laudanum de Rousseau par jour, en cinq potions ; j'avais cessé de prendre

régulièrement mes potions à heure fixe. A mon réveil, je prenais 2 grammes de laudanum de Rousseau, puis dans la journée aussitôt que je ressentais un peu de fatigue, n'importe où je me trouvais, je reprenais un gramme dans n'importe quel liquide; si j'étais chez moi, je mettais 1 gr. dans 10 grammes d'eau; si j'étais dans la rue, j'entrais dans un café, je demandais un vermouth, j'en jetais les deux tiers et je mettais mon gramme de laudanum de Rousseau dans les 10 grammes environ qui restaient. Dix grammes d'un liquide quelconque pour un gramme de laudanum de Rousseau est la meilleure proportion; si on met plus de liquide, le laudanum agit moins vite et devient, je crois, moins efficace; si on en met trop peu, la potion sèche la gorge, altère; on éprouve momentanément une trop grande surexcitation, mais l'effet dure moins longtemps.

La manière la plus avantageuse de prendre le laudanum de Rousseau est celle-ci : étant à jeun, on boit un gramme de laudanum de Rousseau dans 10 grammes d'eau, puis une demi-heure après on mange une très petite quantité, un demi-biscuit trempé dans du café. N'étant pas médecin, je ne puis faire que des suppositions; je suppose donc que dans ce cas, ce que l'on vient de manger rejoint le laudanum que l'on a pris avant, l'empêche de passer trop vite et le fait séjourner plus longtemps dans l'estomac. Il faut probablement que ce que l'on mange subisse un commencement de digestion, car si on trempait le demi-biscuit dans la potion elle-même, ou si on le mangeait en même temps qu'on boirait le laudanum, l'effet ne serait pas le même: ce que l'on mange en même temps qu'on boit du laudanum reste sur l'estomac et on est souvent forcé de le rendre. C'est le cas que j'ai remarqué lorsque j'ai voulu prendre de grandes quantités de diascordium; je croyais avoir trouvé de quoi prendre ma potion d'opium et manger en même temps; je prenais donc, comme si j'avais mangé du chocolat, 400 grammes de diascordium, mais je ne pouvais pas le digérer, sans cela j'aurais pu vivre rien qu'avec du diascordium, l'opium contenu dans cette composition (plus quelques pilules thébaïques) pouvant remplacer l'opium que je prenais habituellement.

Depuis que je prends du laudanum, j'ai mangé toute sorte d'aliments : j'ai remarqué que le lait empêche le laudanum d'agir; deux ou trois fois, j'ai bu du lait après avoir pris du laudanum, et j'ai dû à chaque fois reprendre une potion supplémentaire.

J'ai remarqué également que la salade et les aliments qui contiennent du vinaigre sont très nuisibles. Une première fois j'avais mangé de la salade : un quart d'heure après j'eus une

indigestion, des crampes d'estomac, puis la diarrhée. Comme ces indispositions pouvaient être produites par une autre cause que par la salade, j'ai essayé d'en manger une deuxième fois, mais les mêmes indispositions s'étant reproduites, je n'ai pas douté que la salade seule en fût cause. Le vinaigre forme probablement avec l'opium de l'acétate de morphine qui est un poison d'un autre genre que l'opium, et qui, s'il agit différemment, peut empoisonner, le corps n'y étant pas habitué. (Ma théorie est peut-être fausse et absurde, mais ce n'est qu'une supposition que je fais, dans mon ignorance absolue de la médecine.)

Il m'est arrivé deux ou trois fois de manquer de laudanum de Rousseau, lorsque je faisais 28 jours ; j'avais fait provision de pilules thébaïques à 0 gr. 04, je prenais alors 50 de ces pilules. Cet opium agit très lentement ; une heure et demie seulement après avoir pris des pilules, je commençais à en ressentir les effets. Cet opium a le désagrément de constiper énormément, et chaque fois que j'en ai pris, j'ai eu la diarrhée le lendemain matin, après la constipation, malgré ma potion de laudanum de Rousseau que j'avais augmentée, prévoyant ce qui m'arriverait.

L'élixir parégorique remplacerait très bien le laudanum de Rousseau, j'en ai pris deux ou trois fois et m'en suis trouvé très bien.

En 1884, j'étais arrivé à prendre progressivement cinq grammes de laudanum de Rousseau par jour. (Ici je vous fais remarquer que c'était peu ; après quatre ans et demi, j'avais moins augmenté pour satisfaire le corps que plus tard en un an pour relever le moral.) J'allai passer les vacances à Bordeaux, chez des amis qui découvrirent ma passion et prirent à tâche de m'en défaire. Après deux mois de vacances, j'avais cessé graduellement et je me passais de laudanum sans trop en souffrir.

Je revins à Paris après les vacances (octobre 1884) et je repris mon emploi ; je faisais un travail très peu fatigant et très agréable, je classais à l'Opéra les livres achetés par l'État aux héritiers du baron Taylor. Je pus travailler sans reprendre l'opium ; j'étais un peu lourd, je me fatiguais facilement, je n'aurais pu veiller, mais le peu d'énergie dont j'étais capable suffisait aux exigences de mon emploi. Si j'avais pu conserver mon emploi, je crois que j'aurais renoncé définitivement à l'opium, mais quand la bibliothèque du baron Taylor fut classée et enregistrée, on supprima mon emploi, et je dus faire un emploi relativement très pénible. Je faisais de la photographie, de 8 heures du matin à 8 heures du soir ; je ne pus fournir un tel travail sans l'aide du laudanum et j'y

revins ; je recommençai par 20 gouttes du laudanum de Rousseau le matin et 20 gouttes le soir (juillet 1885).

Si le laudanum n'agissait que sur le physique, j'aurais certainement augmenté les doses, mais j'aurais été moins vite; malheureusement, à cette époque, j'étais plus malade au moral qu'au physique, ayant quitté un travail qui non seulement était peu fatiguant, mais était plutôt un plaisir qu'un travail pour moi. Je dus travailler jusqu'à douze heures par jour à photographier des paysans. Je voyais l'avenir et le présent tellement en noir que j'ai été souvent sur le point de me suicider; en ce cas, je prenais 1 gramme de laudanum de plus et l'insouciance, presque la gaiété revenaient. (Balzac fait prendre du laudanum à sa « Femme abandonnée » ; il faut qu'il en ; pris lui-même pour en connaître aussi bien les effets.)

En employant le laudanum contre le désespoir, il faut .gmenter les doses bien plus rapidement que lorsqu'on n'y erche qu'un soulagement physique, car la tristesse revient en plus vite que le malaise. Une quantité de laudanum ›nt l'influence se ferait sentir pendant quatre heures au physique, suffit à peine à procurer une heure de gaieté et une demi-heure d'oubli et d'indifférence; la tristesse revient, plus grande qu'avant, vers la troisième heure, et il faut reprendre une dose. Le corps n'est pas si exigeant et se contente de moins; et je me sers de l'expression juste et spirituelle que je vous entendais employer il y a quelques jours et que je vous vole pour la circonstance : « Le corps doit être rechargé toutes les quatre heures, l'esprit toutes les heures ».

De fin juillet 1885 à octobre 1886 (15 mois), je suis arrivé, en augmentant, à prendre 16 grammes de laudanum de Rousseau par jour. Avant, en traitant le physique seulement, je n'avais augmenté que de cinq grammes en cinq ans.

J'ai bu quelquefois de la solution de chlorhydrate de morphine préparée pour des injections sous-cutanées; cette préparation est bien inférieure au laudanum de Rousseau. Elle agit plus vite, l'effet s'en fait sentir pendant moins longtemps et n'est pas le même que celui produit par le laudanum de Rousseau, qui procure le calme du corps en même temps qu'une grande surexcitation morale, tandis que le chlorhydrate de morphine, bu en grande quantité, énerve le corps et excite moins l'esprit. C'est du moins ce que j'ai cru remarquer, car n'en étant pas satisfait, je n'en ai pris que deux fois.

Il m'est arrivé quelquefois de prendre trop de laudanum. Étant habitué à 4 grammes, par exemple, et voulant faire un travail extraordinaire ou me procurer un supplément d'énergie, je prenais 8 grammes, le double de la quantité à laquelle j'étais habitué, « je chargeais trop la machine ». En ce cas, il

m'arrivait de rendre le laudanum que j'avais pris ; si je ne le rendais pas, j'étais extrêmement énervé, trop agité pour faire un travail quelconque. J'étais comme un fou, me donnant du mouvement et m'agitant inutilement, comme la mouche du coche. J'avais des accès de gaieté folle, sans motifs ; l'air que je respirais m'enivrait comme si j'avais respiré du bioxyde d'azote. Il m'était impossible d'arrêter ma pensée sur un même sujet, de même que je ne pouvais faire un travail soutenu. Je pensais à dix événements différents en cinq minutes, et je faisais dix choses différentes dans le même espace de temps, ne pouvant rien achever : commençant une lettre que je laissais à la deuxième ligne, pour prendre un livre que je fermais à la deuxième page, etc.... J'avais la gorge très sèche et une soif ardente, les yeux fatigués et les paupières rougies comme lorsque j'avais lu pendant une nuit à une lumière insuffisante. Je respirais vite et bruyamment. J'avais des démangeaisons dans tout le corps et surtout dans le nez ; ces démangeaisons sont insupportables, elles sont, je suppose, occasionnées par la trop grande sécheresse des fosses nasales. Cet état ne serait pas désagréable : c'est une béatitude abrutissante ; mais les coliques et la diarrhée arrivent, puis le sommeil. On s'endort, mais pendant les premières heures de ce sommeil, on s'éveille souvent, subitement, en sursaut, comme si on subissait le choc d'une commotion électrique. Les rêves sont agréables, et après quatre ou cinq heures, le sommeil devient plus calme et n'est plus interrompu. On s'éveille après 22, 24 heures et même plus de sommeil non interrompu. Au réveil, on est lourd, fatigué comme après une orgie, on a mal à la tête ; une nouvelle potion fait bientôt disparaître tous ces malaises, mais la diarrhée seule persiste.

Après un excès de laudanum, j'ai toujours eu la diarrhée pendant deux ou trois jours, malgré tout ce que j'ai pu prendre pour l'empêcher. J'ai également remarqué qu'après ce genre d'excès les cheveux tombent très facilement, et que le cuir chevelu est très douloureux ; on éprouve une sensible douleur rien qu'en tournant la tête sur l'oreiller, qui, au réveil, est couvert de cheveux.

J'ai écrit dans ce cahier tout ce que j'ai éprouvé en prenant de l'opium sous toutes les formes, et surtout du laudanum de Rousseau, depuis 1879 jusqu'à mon entrée dans votre service (octobre 1886). J'ai également fait un journal contenant les divers états par lesquels je suis passé depuis que j'ai commencé à suivre le traitement qui doit me débarrasser de l'habitude de l'opium.

Tous les jours, je prends note de la quantité de laudanum que je bois ; de la quantité de nourriture que je prends. Enfin,

grâce à vos bons soins et à la façon savante dont vous me traitez, j'ai constaté que les bains sulfureux et le phosphate de chaux me faisaient le plus grand bien. Mon état est des plus satisfaisants ; je me détache du laudanum insensiblement et sans souffrance, ce que je ne croyais pas possible, car je m'attendais à souffrir horriblement, et je redoutais d'avaler cette pilule (la privation d'opium), qui, grâce à vous, s'est changée en bonbon très supportable.

Je redoutais d'autant plus de cesser de prendre du laudanum que je sais quelles souffrances fait endurer cette privation, m'étant déjà déshabitué une fois, en 1885, au prix de souffrances que je n'exagère pas en qualifiant d'atroces, et que vos soins intelligents m'ont épargnées cette fois, ce dont je ne saurai jamais vous être assez reconnaissant.

Dans l'espoir que tenant compte de mon état de somnolence, vous excuserez les trop nombreux défauts de ce compte rendu, j'ai l'honneur d'être, Monsieur le Docteur, votre très humble, très dévoué et surtout très reconnaissant serviteur.

G. T., hôpital de la Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 6.

---

# NOTE SUR
# LES HÉMORRAGIES BULBAIRES

## DANS LES TRAUMATISMES CÉRÉBRAUX

**Par M. PICHON**
Chef de Clinique des maladies mentales

**et M. MALFILATRE**
Interne des Asiles de la Seine

Il nous a été donné, à quelques jours de distance chacun de notre côté, d'observer deux cas des plus intéressants d'hémorragies bulbaires à la suite de traumatisme cérébral.

L'identité des deux cas (dans nos deux observations il y a mort par précipitation d'une fenêtre et chute sur la

tête chez deux aliénés hallucinés, dans nos deux observations surtout il y avait lésions nécroscopiques) nous a engagés à fondre ces deux faits et à en faire l'objet d'une note pour les lecteurs de l'*Encéphale*. Nous les avons accompagnés de deux dessins faits d'après nature. On doit dire que quand ces deux croquis ont été faits, il y avait quelques jours que les deux bulbes macéraient dans l'alcool. Les lésions étaient donc moins nettes que le jour même de l'autopsie, mais néanmoins elles sont encore très visibles, et sur ces deux figures elles seront encore très suffisamment nettes; l'on y aperçoit très distinctement les hémorragies sur le plancher ventriculaire, hémorragies qui font l'objet de la présente note (1).

L'étude de ces hémorragies bulbaires dans les traumatismes cérébraux, ne laisse plus rien à désirer au point de vue physiologique. Elle a été faite et bien faite par Duret dans sa belle étude sur les traumatismes cérébraux (2), dont elle forme un des chapitres les plus intéressants. Leur pathogénie, qu'il déduit de ses nombreuses recherches et de ses expérimentations si multipliées sur les animaux, est maintenant admise non seulement par les physiologistes mais aussi par un grand nombre de cliniciens.

Depuis ces belles recherches, nombre de cas de mort par traumatisme cérébral, pour lesquels on se serait contenté autrefois de l'étiquette vague : de mort par commotion cérébrale, sont maintenant rangés parmi des cas à lésions nettes et déterminées. Dans plusieurs de ces cas, en effet, on trouve des hémorragies très manifestes sur

(1) Il manque à nos deux autopsies les recherches microscopiques. Des coupes seront faites ultérieurement dans les deux bulbes en question, et nous tiendrons les lecteurs de ce journal au courant de ce que nous aurons observé.

(2) Duret. Les *traumatismes cérébraux*. Thèse de Paris, 1878.

le plancher du quatrième ventricule, depuis que l'attention a été attirée de ce côté.

Non seulement en clinique, mais dans les expertises médico-légales (et nous avons bien souvent entendu M. le professeur Brouardel insister sur des faits de ce genre, dans ses conférences de la Morgue), cette notion des hémorragies bulbaires traumatiques peut aussi rendre de grands services, et mettre sur une piste, en donnant la pathogénie d'une mort qui aurait pu autrefois paraître naturelle.

Ces recherches et ces conclusions de Duret touchant la pathogénie de ces hémorragies bulbaires, sont, on le sait, très rationnelles et basées du reste sur l'expérimentation ; nous voulons en dire un seul mot, car elles sont trop connues pour y insister.

D'après cet auteur, en raison de l'élasticité du crâne, dès qu'il y a un choc sufisamment fort en cette région, au niveau même du point percuté il se forme un *cône de dépression*. A ce cône de dépression, par une loi purement mécanique, correspond immédiatement à l'extrémité opposée de l'axe de percussion un cône de soulèvement; mais il y a une région où *ce cône de soulèvement*, en raison de la conformation anatomique, se fera presque toujours sentir, c'est le plancher du quatrième ventricule : quand en effet ce cône de soulèvement se fait sentir dans les ventricules latéraux, au moment du choc, le liquide céphalo-rachidien ne trouve qu'une voie, l'aqueduc de Sylvius qui dirige alors le *courant* sur le plancher bulbaire qui sera alors le siège de la lésion. La conséquence ultime sera, on le voit, en pareil cas une ou plusieurs hémorragies bulbaires.

Voilà ce que le raisonnement indiquait à Duret, qui a institué de nombreuses expériences, lesquelles ont constamment été positives. Il restait à laisser parler les faits cliniques : les expériences que la nature se charge trop

souvent de faire sur l'homme sont venues confirmer les expériences de laboratoire. Et, malgré les restrictions de Tilanus (1), on doit regarder le fait et la pathogénie des hémorragies bulbaires comme acquis à la science. En effet, les observations publiées sont venues corroborer pleinement les faits avancés par Duret.

Les deux cas que nous avons observés, dans lesquels l'autopsie a été faite avec soin, concordent de tous points avec les résultats expérimentaux obtenus par les injections intra-craniennes de liquides solidifiables.

Nous devons ajouter que dans nos deux observations où il y avait fractures multiples concomitantes, un nouveau facteur nous a paru ajouter son appoint dans la pathogénie des hémorragies bulbaires chez l'homme. Ce nouvel appoint, sur lequel nous reviendrons tout à l'heure, et que Duret ne pouvait obtenir dans ses expériences, c'est la *décompression*. Cette *décompression* nous paraît jouer un rôle important, comme nous le démontrerons, dans certaines hémorragies bulbaires avec fractures multiples des os du crâne.

Les phénomènes bulbaires observés dans les traumatismes cérébraux et dus, selon Duret, à des lésions produites à distance par le choc céphalo-rachidien, ont reçu confirmation de cette origine non seulement au moyen des expériences de laboratoire si intéressantes et si bien conduites de Duret, mais encore par les faits anatomo-pathologiques, mieux observés chez l'homme, depuis que l'attention a été attirée de ce côté.

Dans un article récemment paru (2), M. Capitan analyse dix faits d'hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire, sur lesquels il trouve huit fois des lésions plus ou moins accusées du plancher du quatrième ventricule (deux fois simple dilatation vasculaire et six fois

(1) Tilanus, Amsterdam, 1833.
(2) *Progrès médical*, 28 août 1886.

hémorragie véritable). Ainsi cette théorie de la transmission brusqueet *lésante* des pressions par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien serait applicable, même à l'hémorragie cérébrale *médicale*, c'est-à-dire de cause non traumatique. D'ailleurs Duret avait lui-même pressenti la chose, tirant ses déductions de la communauté des symptômes, mais sans donner de preuves matérielles à l'appui.

C'est dans le but d'apporter notre contingent aux faits qui seuls peuvent servir de contrôle naturel à la théorie, que nous publions nos deux observations : elles offrent plus d'un point de rapprochement avec les expériences entreprises dans les laboratoires sur des animaux, et s'en distinguent d'autre part par certains côtés que nous tâcherons de faire ressortir dans l'exposé de quelques réflexions.

Duret, dans le nombre de ses expériences, celles où il pratiquait des injections intra-craniennes de substances solidifiables ou non, produisait simplement la *compression* du cerveau, c'est-à-dire, la compression non suivie de *décompression*. Dans ces cas il obtenait généralement, à moins d'une injection assez abondante pour produir el'éclatement du bulbe, un pointillé hémorragique, limité, quant au plancher du quatrième ventricule, à sa partie *inférieure* ou au moins marqué à cette dernière région. Dans les chocs sur le crâne avec un corps contondant, la partie moyenne du plancher était souvent, au contraire, le siège des lésions les plus considérables. Mais jamais, en somme, les lésions n'intéressaient *isolément* et d'une façon marquée le centre du plancher bulbaire. Jamais, non plus, dans ses observations expérimentales, il ne produisait du côté du crâne des désordres considérables comparables à notre observation II, par exemple. Aussi croyons-nous qu'il est bon de faire intervenir dans certaines fractures du

crâne un facteur que Duret n'a fait qu'esquisser dans sa thèse, justement parce que ses expériences ne lui permettaient pas de le réaliser assez complètement. « Si on exerce, dit-il, une pression progressive et graduée à la surface des hémisphères, et si on la maintient constamment jusqu'à la mort de l'animal, à son autopsie on ne trouve que très peu de lésions hémorragiques. Mais si cette pression, plus élevée que la pression artérielle, est brusquement suspendue, le tissu nerveux se trouve criblé de petits foyers hémorragiques. » Ainsi la décompression produit des lésions vasculaires, alors que la compression seule n'en détermine pas. Ce résultat ne doit pas d'ailleurs nous surprendre. Le liquide contenu dans les gaines lymphatiques de Robin reçoit par transmission la pression exercée sur le cerveau et le liquide céphalo-rachidien, et produit lui-même, sur le vaisseau qu'il entoure, une pression centripète, le plus souvent protectrice. Mais au moment où la décompression se fait brusquement, surtout si par éclatement du crâne il se fait quelque chose de plus, une raréfaction de la cavité crânienne, qu'arrive-t-il? Sous l'influence de la pression atmosphérique les liquides (sanguin et céphalo-rachidien) doivent se précipiter pour combler le vide, mais le premier, aidé par la contraction cardiaque, et en raison même de l'élévation de la tension qui « est d'autant plus accusée que le choc a été plus violent », en raison aussi de l'absence de tout obstacle sur son parcours, doit arriver plus tôt, distendre et rompre même les vaisseaux qui le contiennent, et cela d'autant mieux que la gaine protectrice du vaisseau a été plus complètement privée de liquide sous l'action du choc comprimant. On s'expliquerait ainsi pourquoi le bulbe, qui, d'après sa topographie, doit subir une compression plus intense et avoir sa lymphe mieux exprimée, est le siège habituel des lésions vasculaires plus marquées. De plus la raré-

faction cranienne doit tendre à écarter l'une de l'autre les parois ventriculaires, et produire sur elles l'effet d'une ventouse, manifestant surtout une action au centre même du ventricule.

Tels sont les différents facteurs qui nous paraissent jouer un rôle dans ces hémorragies, ces ecchymoses du plancher du quatrième ventricule, mais nous ne saurions dire quel est celui qui a la part la plus active.

Observation I. — Il s'agit dans notre première observation d'un homme d'une cinquantaine d'années, et exerçant la profession de cocher de fiacre. Cet homme se livrait depuis de nombreuses années à des excès alcooliques de toutes sortes, ses boissons favorites étaient surtout le rhum et l'absinthe. La *goutte matinale*, qui fait tant de victimes parmi les classes ouvrières de la population parisienne, jouait un grand rôle dans ses abus éthyliques : d'après les renseignements fournis sur son compte, avant de commencer ses courses, il ne buvait pas moins de quatre ou cinq *gouttes* le matin. Puis entre chaque relais, il recommençait les mêmes excès.

Les effets d'un pareil *modus vivendi* ne s'étaient pas fait attendre longtemps. Et bien des années avant d'attirer l'attention et les plaintes des voisins, il avait manifesté des symptômes non équivoques de l'intoxication la plus avancée. Depuis longtemps déjà il était entré dans l'alcoolisme par la porte ordinaire des hallucinations nocturnes et terrifiantes.

Depuis dix ans, il passait des nuits entières sans dormir, en proie à l'agitation si caractéristique des ivrognes. Insomnies perpétuelles traversées par des crises nocturnes *sui generis;* visions d'animaux, cauchemars, rêves terrifiants, troublaient perpétuellement son sommeil. Il voyait sans cesse la nuit des animaux féroces, des serpents, puis se mettait brusquement à interpeller ses chevaux au milieu de la nuit, au grand effroi des siens qui avaient fini par s'y habituer. Quelquefois même, il se levait et agitait ses bras dans le vide comme pour saisir un ennemi imaginaire. Avec le jour, la conscience de son état revenait; on n'eût en somme chez lui pendant longtemps à observer que des accès passagers d'alcoolisme subaigu. Au sortir de ces accès nocturnes, à la suite du raisonnement absurde que se font presque tous les ivrognes de cette catégorie, il s'empressait de puiser des consolations à ses terreurs de la nuit, à la source même de tout son mal : il buvait *pour se donner du ton,* pour chasser l'*humeur noire.*

Un pareil régime et un pareil mode de traitement avaient

peu à peu aggravé le mal, ses accès passagers s'étaient peu à peu rapprochés. Il eut à plusieurs reprises des accès francs d'alcoolisme subaigu. Ses hallucinations, d'exclusivement nocturnes, de simples rêves terrifiants qu'elles étaient, étaient devenues peu à peu hallucinations diurnes. Aussi bien le jour que la nuit, il se voyait par moments entouré de brigands, de voleurs qui entraient chez lui pour l'assassiner. Et c'est alors qu'à son délire psycho-sensoriel proprement dit, se joignit un délire des actes qui provoqua plus tard chez lui l'accident, la chute qui causa sa mort. C'est alors que sous l'influence d'hallucinations de la vue extrêmement actives, il fit à plusieurs reprises des tentatives de suicide.

C'est ici, incidemment, l'occasion de faire remarquer que le suicide, en médecine mentale, a une seméiologie variée, au même titre que les autres troubles psychopathiques. Chez l'alcoolique lui-même, il se présente sous les formes les plus variées et avec une pathogénie différente. Tantôt l'alcoolique se donnera la mort dans l'intervalle de ses accès, pour se punir lui-même de ses excès, pour se punir d'être une cause de honte et de chagrin pour les siens; tantôt, dans un accès, il fera une tentative en rapport avec les idées mobiles et impulsives qui l'assiègent et alors sa tentative sera marquée, comme celle du paralytique général, au coin d'un cachet d'absurdité caractéristique. Souvent enfin, c'est le cas le plus fréquent, et c'est le cas de notre malade, sa mort sera la conséquence directe de ses hallucinations visuelles et terrifiantes.

Poursuivi par ses hallucinations, voyant des personnages imaginaires, la plupart du temps des brigands, des voleurs se précipiter sur lui, éperdu, il cherchera son salut dans la fuite, et, s'il trouve une fenêtre, il l'enjambera pour être plus sûr d'échapper à ses assassins.

Notre malade avait déjà fait plusieurs tentatives de ce genre et avait de ce chef attiré l'attention, non seulement des siens et de son entourage, mais de l'autorité. Et c'est dans ces circonstances que nous fûmes appelé à l'examiner.

Outre les symptômes signalés plus haut, nous constatâmes chez lui le phénomène, si singulier et si caractéristique dans l'espèce, des *hallucinations provoquées*. Nous devons mentionner également pour être complet, dans l'ordre physique, tout un cortège de symptômes non équivoques. Il présentait en effet outre un tremblement de la langue et des extremités des plus manifestes, avec une certaine parésie des membres inférieurs dans la marche, des phénomènes gastriques qui ne laissaient aucun doute sur leur origine : vomissement pituiteux se montrant surtout le matin après le réveil, et vomituritions fréquentes dans la journée. Il ne faut pas oublier non plus un

certain degré d'affaiblissement intellectuel, et en particulier une diminution de la mémoire, et des idées de persécution vagues qui pouvaient faire présager que le malade s'acheminait vers l'alcoolisme chronique.

Notre diagnostic était facile à poser. Il s'agissait d'un alcoolique, d'un *persécuté alcoolique*, en passe de s'acheminer, à la suite d'accès suraigus multipliés, vers la démence.

Nous le tenions en observation depuis quelque temps, lorsque nous apprîmes qu'un matin, trompant la surveillance de son entourage, il sauta par une fenêtre d'un second étage en criant : « les voilà, les voilà », faisant allusion aux assassins qui le suivaient, sans qu'on ait pu venir à temps et s'opposer à sa tentative (1). Il fut recueilli immédiatement, et, c'est alors que nous pûmes observer les faits suivants qui rentrent maintenant plus directement dans notre étude :

Perte de connaissance et résolution musculaire complète sans que cependant nous puissions découvrir aucune fracture des membres. Un symptôme attire tout d'abord notre attention, c'est une paralysie faciale du côté gauche ; les traits sont tirés du côté droit et la commissure labiale gauche effacée. La respiration est bruyante et, en soufflant, le malade montre nettement l'asymétrie faciale. Ecchymose sous-conjonctivale assez prononcée et hémorragie assez abondante par le conduit auditif externe du côté gauche, tous phénomènes qui, joints aux troubles généraux, indiquent une fracture de la base du crâne que nous pûmes même préciser davantage, et nous diagnostiquâmes à ce moment une fracture du rocher à sa partie moyenne. Ecoulement par intervalle de liquide céphalo-rachidien. La main appliquée à ce moment sur les côtés du crâne sent très nettement la sensation d'une fracture qui intéresse en même temps l'écaille du temporal et le pariétal du côté correspondant. Le pronostic est dès lors jugé extrêmement grave ; et, en effet, il succombe au bout de cinq heures, sans avoir recouvré connaissance.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures plus tard, nous a révélé les faits suivants : rien du côté des membres ni des organes splanchniques, si ce n'est une dégénérescence graisseuse du foie, qui n'avait rien de surprenant, était donné l'état d'intoxication du malade.

(1) Nous devons faire remarquer ici que notre homme était un persécuté alcoolique, et que le suicide est fréquent chez les aliénés de cette catégorie, ce que Régis a très bien fait ressortir sous cette proposition si vraie, dans laquelle il les oppose aux aliénés du type Lasègue : « Les persécutés alcooliques *se tuent*, tandis que les persécutés vésaniques *tuent*. »

Mais l'examen de l'encéphale nous offre des détails bien autrement significatifs : fracture du temporal se continuant avec une fracture correspondante du pariétal, et d'autre part avec une fracture du rocher. Le tiers postérieur de celui-ci est complètement détaché de ses deux tiers antérieurs ; il n'est maintenu en place que par ses rapports anatomiques : on sait en effet que le sommet du rocher est enfoncé comme un coin dans la base du crâne. Le facial est rompu dans son passage à travers l'aqueduc de Fallope ; une hémorragie abondante à ce niveau indique vraisemblablement la déchirure de l'artère mastoïdienne.

C'est surtout du côté du cerveau, que se montrèrent les lésions intéressantes :

L'hémisphère droit ne présentait rien d'anormal, mais sur l'hémisphère gauche une vaste nappe sanguine couvrait la totalité des circonvolutions rolandiques, et rappelait tout à fait les lésions expérimentales de même ordre, produites par Duret

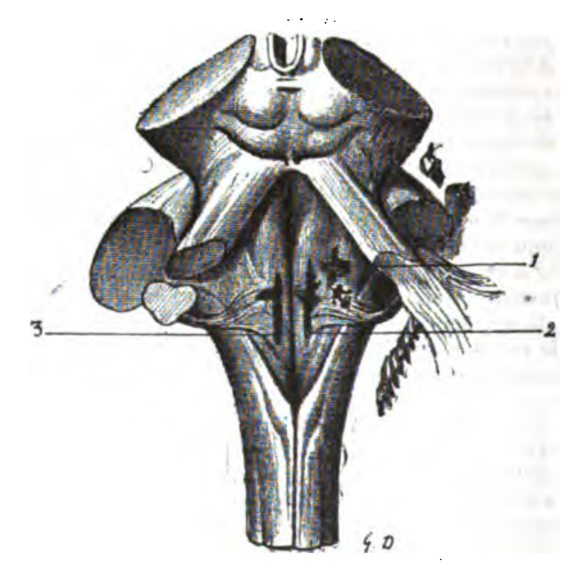



*Fig. I.* — Foyers hémorragiques du plancher bulbaire (Traumatisme cérébral).

1. Foyer hémorragique moins volumineux, siégeant au niveau de l'angle latéral.

2 et 3. Deux foyers plus volumineux linéaires, siégeant de chaque côté du calamus, et siégeant tous les deux au niveau de l'origine apparente de la huitième paire.

et figurées dans le magnifique atlas annexé à son traité sur les traumatismes cérébraux. Cette lésion n'a rien qui doive nous étonner si nous songeons que le malade est tombé d'un second étage et sur le pavé. Nous regrettons cependant de n'avoir point joint le dessin de cette lésion à nos deux planches.

C'est surtout du côté du bulbe que siègent les lésions qui selon nous ont certainement été produites par le mécanisme indiqué par Duret, mécanisme sur lequel nous ne reviendrons pas ici, et que nous avons longuement développé au commencement de cette note. (V. la gravure I.)

Tout d'abord un petit foyer hémorragique ou plutôt un ecchymose apparut au niveau de l'angle latéral du plancher ventriculaire ; puis de chaque côté du calamus deux véritables foyers hémorragiques, linéaires, siégeant de chaque côté du calamus, et tous les deux au niveau de l'origine apparente de la huitième paire (2 et 3).

Comme nous l'avons dit plus haut, nous n'avons pas encore pratiqué de coupes sur ce bulbe.

*Observation II.* — L..., 54 ans, atteint de délire mélancolique, ayant déjà fait antérieurement une tentative de suicide, se précite de la hauteur d'un 3me étage sur un trottoir d'asphalte. Vu par l'un de nous 1 ou 2 minutes au plus après sa chute, le pouls est encore perceptible, mais cesse presque aussitôt. Ecoulement sanguin par le conduit auditif gauche, par le nez et la bouche. Deux plaies linéaires superposées à la partie antéro-supérieure de la fosse pariéto-temporale; elles sont distantes l'une de l'autre de 15mm, la plus longue a 8 à 9 cent. Au fond de ces plaies le doigt sent des saillies osseuses tranchantes.

Autopsie 24 heures après la mort. Crâne épais. — *Disjonction* avec 4 à 5mm d'écartement de la suture fronto-pariétale droite et de la moitié supérieure de la suture fronto-pariétale gauche. Des points extrêmes de cette disjonction partent deux traits de fracture à gauche et un à droite. Le trait postéro-inférieur gauche traverse la partie moyenne de la fosse temporo-pariétale et atteint la base du crâne, immédiatement en avant du rocher dont il longe le bord antérieur jusqu'à la selle turcique divisée elle-même. Du côté droit, la fracture continuant la séparation de la suture fronto-pariétale se dirige à peu près directement en bas, traverse l'étage moyen de la base et rejoint sur la selle turcique la fracture du côté gauche. Il en résulte une division du crâne en deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure, parfaitement mobiles entre elles.

Le trait antéro-inférieur partant de la suture fronto-pariétale gauche passe au-dessous et en dehors de la bosse frontale

gauche et atteint la limite interne de la paroi orbitaire supérieure, qu'il divise jusqu'à la fente sphénoïdale; il fournit en outre une bifurcation qui longe le bord externe de la paroi orbitaire supérieure, en sorte que celle-ci peut être enlevée en presque totalité avec une petite partie de la portion verticale du frontal. Le rocher gauche est fracturé perpendiculairement à son axe, vers la réunion du tiers interne avec le tiers moyen. Enfin divers traits de fracture intéressent à gauche, le pariétal, l'écaille du temporal, la grande aile du sphénoïde, le frontal, la lame criblée de l'ethmoïde. De tout ceci résultent un grand nombre d'esquilles, qui sont d'autant plus petites et nombreuses qu'elles sont plus rapprochées de l'endroit correspondant aux plaies cutanées; une vaste esquille comprend toute la fosse moyenne de la base du crâne. A droite les lésions sont beaucoup moindres; on rencontre seulement de tout petits fragments détachés de l'écaille du temporal et de l'angle antéro-inférieur du pariétal. En somme, tous les os du crâne sont plus ou moins fracturés, l'occipital seul est indemne.

Les os propres du nez pris entre les doigts, par dessus les parties molles, sont mobiles sur le frontal et entre eux.

La dure-mère est déchirée transversalement au-dessous et sur toute l'étendue de la suture fronto-pariétale disjointe; la faux du cerveau n'est elle-même respectée à cette endroit que dans son tiers inférieur.

Fracture transversale du manubrium, à l'endroit où vient porter le menton dans la flexion de la tête, et fracture de 12 côtes, les 7 supérieures du côté gauche et les 6 supérieures du côté droit, moins la première. Pas de fracture des os des membres, ni mobilité anormale de la colonne vértébrale.

Cerveau. — A la surface de l'hémisphère gauche (côté des esquilles les plus nombreuses), 2 déchirures ou érosions, de 15 à 20mm de diamètre, siègent l'une à l'extrémité antérieure de la 3me circonvolution frontale et l'autre à la réunion de la 1ere frontale avec la frontale ascendante. L'hémisphère droit, recouvert de la pie-mère et de l'arachnoïde, présente un magnifique foyer hémorragique du lac sylvien avec prolongements dans les flumina voisins : ce foyer ressemble à une couche de gélatine couleur groseille, qui, épaisse au centre, rayonne en s'amincissant et disparaît insensiblement; son diamètre oscille entre 7 et 9 cent.

Le cerveau, conservant ses enveloppes, est mis dans de l'alcool, probablement très dilué, car trois jours après il est plutôt ramolli que durci. La coupe des hémisphères pratiquée à ce moment ne montre rien de particulier. Le foyer du lac sylvien ne semble nullement envoyer de prolongements dans

la substance cérébrale. Les ventricules latéraux et moyen sont normaux.

L'aqueduc de Sylvius est peut être un peu dilaté, mais l'état de ramollissement du cerveau ne permet pas de l'affirmer.

Quant au plancher du 4me ventricule, il présente à la partie moyenne trois ecchymoses ou foyers hémorragiques parfaitement nets au-dessous de l'épendyme. La figure ci-jointe (II) en donnera une idée plus exacte que toute description. Remarquons toutefois (ce que ne peut rendre la figure) que le foyer situé sur la tige même du calamus offre, au centre et sur toute la longueur, l'image d'un vaisseau surdilaté, ayant une large lumière, des parois transparentes, et étant vide de sang (1).

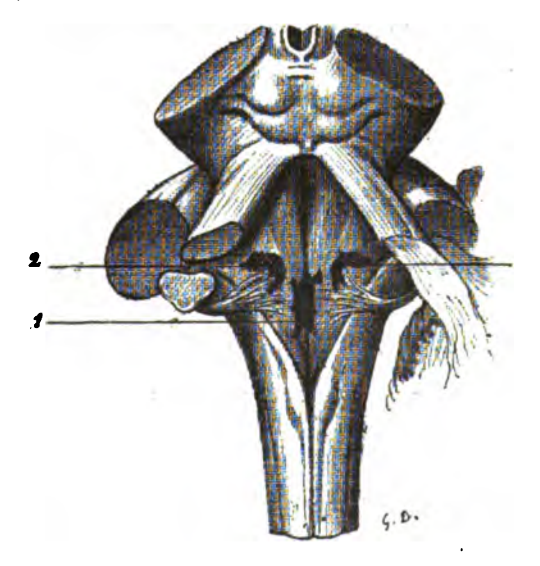



*Fig. II.* — Foyer hémorragique situé sur la tige du calamus et présentant l'aspect d'un vaisseau dilaté. — 2 et 3, deux autres foyers situés latéralement de chaque côté de la tige, au voisinage des angles latéraux du plancher.

Tels sont les deux faits qu'il nous a été donné d'observer et les quelques considérations qu'ils nous ont suscitées.

(1) La pièce devant être conservée, il n'a pas été fait de coupes dans le bulbe.

C'est une simple note que nous donnons ici, sans que nous ayons eu seulement la prétention d'ébaucher un sujet encore aussi difficile que celui des traumatismes cérébraux.

Nous avons voulu simplement apporter deux observations cliniques, avec autopsies à l'appui, qui viennent corroborer les faits expérimentaux signalés par Duret.

C'est en effet à la clinique qu'il appartient, chaque fois que des faits précis tombent sous l'observation, de venir signaler les cas que la physiologie avait déjà prévus et annoncés.

---

# NOTES SUR QUELQUES CAS D'HÉMIPLÉGIE DE CAUSE ORGANIQUE

## TRAITÉES PAR LE MASSAGE

Par Denis COURTADE
Interne des hôpitaux.

J'ai eu l'occasion de traiter l'année dernière dans le service de M. le professeur Ball, à Laënnec, plusieurs hémiplégiques par le massage. Les résultats que j'ai obtenus m'engagent à publier les observations de ces malades, en les faisant suivre de quelques considérations.

Observation I (personnelle). — M. B... sculpteur, âgé de 56 ans, couché au nº 4 de la salle Béhier, entre une première fois dans le service de M. Ball dans le courant de l'année 1882.

De bonne santé habituelle, on ne trouve dans ses antécédants morbides, qu'une fièvre typhoïde, contractée à l'âge de 14 ans : pas d'alcoolisme, pas de syphilis. Ses antécedents

héréditaires ne présentent rien de particulier : sa mère est morte âgée de 80 ans ; son père est mort à 40 ans, d'un accident. Il y a 6 ans, le 3 décembre 1879, le malade, après une nuit un peu agitée, se réveille avec une hémiplégie du côté gauche, perte incomplète de connaissance, et glossoplégie assez marquée. Il ne recouvre entièrement ses facultés intellectuelles qu'après une durée d'un mois; la glossoplégie diminue en même temps, mais l'hémiplégie persiste. Quatre mois après, la paralysie s'améliore légèrement, et huit mois après il peut commencer à marcher, tout en traînant la jambe.

Son état est resté stationnaire pendant 5 ans. L'année dernière, vers le mois de mars, on électrise son membre inférieur: une amélioration légère survient ; mais elle ne persiste pas, et aujourd'hui le malade se présente dans l'état suivant.

Etat actuel le 3 mai 1886. — *Membre supérieur gauche.* — On ne constate pas une diminution notable dans le volume général du membre ; le tissu cellulo-adipeux est cependant légèrement augmenté, ce qui dénote un certain degré d'atrophie musculaire. La peau est rugueuse, et l'épiderme s'exfolie facilement. Le membre supérieur est dans la position suivante : le coude est légèrement fléchi et ne peut être complètement étendu ; le poignet est fléchi, la main est dans la pronation forcée. Si on veut redresser le poignet et la main, le malade souffre beaucoup, et les muscles opposent une résistance considérable, qu'il est impossible de vaincre. Les doigts sont fléchis.

Pendant la marche, le bras est pendant le long du corps, et se balance en avant et en arrière comme une masse inerte; à la palpation, le biceps est dur, et représente comme une corde rigide se laissant séparer en plusieurs petites cordes; ce muscle est très douloureux à la pression : il en est de même des muscles de l'avant-bras, plutôt les fléchisseurs que les extenseurs.

Voici quel est l'état des mouvements : légers mouvements d'abduction et d'adduction du bras; légers mouvements de flexion de l'avant-bras; mouvements du poignet et des doigts très limités : le malade n'a aucune force dans les doigts et ne peut tenir le moindre objet sans le laisser échapper ; il n'y a pas de contracture véritable, c'est plutôt une raideur musculaire très grande; en effet, l'état de son membre supérieur ne varie à aucun moment de la journée, il n'y éprouve aucune douleur, et les efforts que l'on fait pour redresser le poignet et les doigts n'augmente pas la déviation.

L'électricité faradique peut provoquer des contractions musculaires assez fortes.

La sensibilité est intacte ; pas de douleurs spontanées.

*Membre inférieur gauche.* — Pas d'atrophie notable ; le malade traîne la jambe en marchant ; il ne peut marcher sans bâton ; pendant la marche, les doigts se mettent dans la flexion forcée.

*Mouvements.* — Tous les mouvements sont conservés dans l'articulation coxo-fémorale ; la force d'extension de la jambe sur la cuisse est diminuée ; la force de flexion est presque abolie, pas de raideur musculaire dans la cuisse.

Pas de mouvement dans-le-cou de pied qui est contracturé légèrement en position normale ; pas de mouvements dans les orteils qui sont légèrement contracturés en extension.

Il existe donc dans le membre inférieur un certain degré de contracture dans les muscles qui font mouvoir le cou-de-pied et les orteils : cette contracture augmente le soir et le matin, et diminue pendant la nuit. Le matin et pendant la marche, les orteils se mettent en flexion.

*Les muscles du tronc* sont épargnés ; pas de déviation de la face. Léger embarras de la parole. Les autres fonctions se font bien ; rien au cœur ; parfois quelques légers maux de tête.

Cet état reste stationnaire jusqu'au mois de juin ; à ce moment deux séances de massage sans électrisation sont pratiquées par semaine.

D'abord, frictions sèches de la peau.

Puis, pincement musculaire.

Suivi de percussion musculaire.

Enfin, frictions sèches pour terminer.

Le membre supérieur seul est massé. Tous les soirs, le malade frictionne son bras et son avant-bras avec le liniment suivant :

| | |
|---|---|
| Alcool camphré............ | 100 gr. |
| Baume de Fioraventi........ | 100 gr. |
| Teinture d'iode............. | 10 gr. |

Dès la première séance, le malade remue déjà mieux les doigts, exécute un léger mouvement de supination, et peut serrer un peu. Le 12 juillet, après 9 séances de massage, voici quel était l'état de son membre supérieur.

Le biceps a perdu sa dureté et est bien moins douloureux à la pression ; la raideur musculaire a disparu dans le poignet et la main. Le malade peut relever tous ses doigts, sauf peut-être le petit doigt qui se relève moins bien que les autres, il les fléchit très bien et serre presqu'autant avec la main gauche qu'avec la main droite. Le poignet peut très bien se relever, et le malade peut mettre la main presque complètement en supination. Dans la marche, le membre supérieur ne ballotte plus le long du corps.

Le massage était assez douloureux : il y avait sur tout certains points où la pression déterminait des douleurs intolérables. Les résultats étaient surtout accentués le lendemain du massage ; le jour même le membre était plus lourd et les mouvements moins étendus.

Le 16 juillet, je commence le massage du membre inférieur. Les résultats sont moins nets que pour le membre supérieur, cependant après 4 séances de massage, la contracture des orteils et du cou-de-pied a diminué ; quelques légers mouvements peuvent se produire dans le cou-de-pied et les doigts. Les fléchisseurs de la jambe résistent mieux, les extenseurs ont recouvré une grande partie de leur force ; dans la marche, le membre se détache mieux du sol, et se laisse porter facilement en avant ; le malade peut même monter sur une échelle.

Un effet remarquable du massage des membres inférieurs chez ce malade, c'est l'*envie irrésistible de dormir* qui le prend presqu'immédiatement après le massage. Le malade, en effet, commence à bailler, à s'étirer, puis s'endort pendant une ou deux heures ; de plus, il lui prend pendant le journée du massage et le lendemain des envies fréquentes de dormir : cet effet hypnotique ne s'était pas manifesté après le massage des membres supérieurs ; il est probable que la raison de cette différence se trouve dans l'absence de contracture dans un cas et sa présence dans l'autre.

Le malade reste sans être massé pendant le mois d'août et la première moitié de septembre. Le 18 septembre, je constate que tous les mouvements ont été conservés pour le membre supérieur ; la force et la souplesse sont même devenues plus grandes. Le malade, qui était gaucher, peut recommencer à modeler avec sa main gauche, le membre supérieur peut être considéré comme complètement guéri. Quant au membre inférieur, les résultats ont persisté pour les muscles fléchisseurs et extenseurs de la jambe, mais les mouvements du pied et des orteils ont disparu et la contracture est devenue à peu près ce qu'elle était auparavant.

Je recommence le massage du *membre inférieur* le 22 septembre, la contracture diminue un peu, quelques mouvements reviennent dans les orteils et le pied, surtout après le massage, le malade marche mieux. Au bout de 6 séances de massages, le malade se plaint de maux de tête, de quelques vertiges ; j'espace ces séances, puis les maux de tête continuant, j'interromps complètement le massage ; la dernière séance est faite le 20 novembre ; et le 23 novembre voici quel était l'état de son membre inférieur : mouvements conservés dans la hanche ; force d'extension de la jambe conservée. Les mouvements dans le cou-de-pied et les orteils n'ont pas persisté et la contracture

reste à peu près ce qu'elle était au début. Il en résulte que seul le massage des muscles extenseurs et fléchisseurs de la jambe a donné de bons résultats. L'état des autres muscles est resté stationnaire.

Le 10 décembre, le malade se plaint d'insomnie, d'embarras gastrique et de douleurs de tête.

Le 16, les douleurs de tête n'ont pas cédé par l'emploi d'un purgatif : le malade dort moins bien.

Le 17, dans la nuit, attaque épileptiforme avec perte de connaissance et coma consécutif; le malade reprend connaissance au bout de 3 heures et ne se rappelle de rien.

Le 18, nouvelle attaque avec perte de connaissance; je le vois à la fin de son attaque dans un coma assez profond. Au bout de 2 heures, le malade reprend connaissance et ne se rappelle de rien. Ces 3 attaques n'ont pas altéré la force de son membre supérieur. Le malade se sent seulement courbaturé : il se lève le lendemain, les douleurs de tête ont de beaucoup diminué.

Le 3 janvier 1887, nouvelle attaque épileptiforme avec perte de connaissance et coma, mais elle est moins forte; le côté hémiplégié n'a pas diminué de force.

Le 30 janvier, l'état du membre supérieur est resté toujours très bon; les forces vont en augmentant de plus en plus, et le malade serre avec sa main gauche aussi fortement et aussi longtemps qu'avec sa main droite. Quant au membre inférieur, les muscles de la cuisse devront être considérés comme guéris; les muscles de la jambe sont restés dans un état stationnaire.

Si nous cherchons à résumer cette observation, nous voyons que nous avons affaire à un hémiplégique probablement par hémorragie cérébrale. Au moment ou je l'ai observé, le membre supérieur et le membre inférieur différaient comme symptômes : contractures dans le membre pelvien, pas de contractures dans le membre thoracique. Il est probable que cette différence répond à un état anatomique différent; les lésions de la moelle au niveau de l'origine des nerfs du membre supérieur doivent être considérées comme terminées; il n'y avait pas de contracture, mais bien une raideur musculaire consécutive à une sorte de myosite scléreuse, résultant elle-même de l'irritation des cellules des cornes antérieures. C'est ce qui explique la rapidité avec laquelle la

guérison est survenue : après le deuxième massage, le membre supérieur avait recouvré la plupart de ses mouvements volontaires ; de plus aucun phénomène d'excitation cérébrale n'est survenu ; le malade n'a pas souffert de la tête et l'état de son sommeil n'a pas été modifié. Pour le membre inférieur, il faut considérer la lésion comme n'étant pas encore terminé : l'irritation des cellules des cornes antérieures persistait, peut-être par suite des électrisations qui avaient été faites l'année précédente : de là la différence dans les résultats obtenus : les mouvements ne sont pas revenus dans le pied et les orteils, la contracture n'a que peu diminué, quelques phénomènes d'irritation cérébrale sont survenus et peut-être faut-il accuser le massage des crises épileptiformes qui se sont produites.

Observation II (personnelle). — Le nommé Lainton Auguste, agé de 35 ans, journalier, entre le 11 novembre 1886, salle Larochefoucauld n° 3; nous trouvons dans les antécédents héréditaires une mère morte hydropique. Le malade a toujours joui d'une santé assez bonne : danse de Saint-Guy à 6 ans, ayant duré jusqu'à 11 ans. Depuis, le malade se plaint de palpitations de cœur, et est très essoufflé, surtout lorsqu'il marche ou monte vite : pas de syphilis, ni d'alcoolisme. Il y a un an le malade tombe tout à coup sans aucun prodrome : il reste sans connaissance pendant 2 ou 3 heures, puis se réveille avec une paralysie du côté gauche : la paralysie était croisée. Le malade est resté un certain temps avec de la glossoplégie et sans savoir ce qu'il disait. L'hémiplégie a ensuite diminué, le membre inférieur est devenu plus fort : le malade a pu marcher mais en boitant et en traînant un peu la jambe.

Etat actuel le 12 novembre 1886. *Membre supérieur.* Le malade lève bien le bras, mais il ne peut le porter ni en arrière ni au-dessus de la tête. La force d'extension et de flexion dans le coude est diminuée : les mouvements de supination sont plus difficiles que ceux de pronation. Paralysie assez forte des extenseurs; le malade n'arrive pas à relever le poignet : les doigts ne peuvent être relevés en aucune manière.

Les fléchisseurs sont un peu moins pris; le malade peut serrer la main, mais avec une force très faible; et il laisse tomber les moindres objets qu'il prend; intérosseux paralysés complètement : le malade ne peut pas écarter les doigts.

Cette paralysie s'accompagne d'atrophie assez visible de l'avant-bras : la mensuration fait constater une différence de deux centimètres; légère contracture, qui maintient le coude, le poignet et les doigts un peu fléchis. Le matin les doigts se mettent en extension puis peu à peu la flexion revient. Sensibilité musculaire exagérée : la moindre percussion musculaire détermine une contraction qui peut revêtir la forme de tremblement épileptoïde par parcussion forte.

*Membre inférieur*. Les phénomènes paralytiques sont moins accusés : les mouvements se font assez bien et avec assez de force, cependant le malade traîne un peu la jambe en marchant ; pas d'atrophie, — pas de contracture, — sensibilité cutanée intacte aux membres supérieurs et inférieurs. Les membres répondent bien à l'électricité faradique.

Cœur irrégulier : souffle très fort et aspiratif d'insuffisance mitrale.

Les autres fonctions se font très bien , état général bon.

Léger bec de lièvre simple de la lèvre supérieure.

Massage le 14 novembre 1886. Massage non douloureux; excitabilité musculaire très forte.

19 novembre. L'exagération de la sensibilité musculaire a un peu diminué : le malade peut relever un peu le poignet; il serre bien mieux la main; force assez grande dans les muscles de l'éminence thénar. Le malade se sent mieux et aujourd'hui il a pu s'appuyer sur sa canne avec le bras malade, ce qui ne lui était pas encore arrivé.

Nouveau massage; immédiatement après, le malade serre mieux et peut relever presqu'entièrement le poignet : les doigts ne se relèvent pas encore bien : la raideur a diminué.

Le 28 novembre. Pointes de feu au niveau du renflement cervical. Ce traitement a pour effet presque immédiat de rendre presque complètement le mouvement au pouce et à l'index : nouveau massage le lendemain 29 novembre.

Le 5 décembre. Nouvelle application de pointes de feu : massage. Le petit doigt se relève un peu mieux.

Le 10 et 15 décembre. Nouvelles pointes de feu et massage.

Le 25 décembre le malade demande à sortir : l'état du membre supérieur, seul massé, est le suivant :

Pendant la marche le bras tombe assez naturellement; le malade peut soulever son bras au-dessus de sa tête. La paralysie des extensions a considérablement diminué : le malade peut relever complètement le poignet, il relève très bien l'index et le pouce : le petit doigt se relève moins bien : il en est de même de l'annulaire et du médium. La contracture a complètement disparu pour le pouce, l'index et le petit doigt; elle est diminuée pour les autres doigts et le coude. L'excitabilité

musculaire à la percussion a aussi diminué beaucoup; l'atrophie a presque disparu.

Le malade peut serrer avec assez de force et porter sans lâcher un objet de poids moyen, comme une chaise.

Je revois le malade le 5 février et les résultats obtenus se sont maintenus.

Cette observation nous montre un cas d'hémiplégie datant d'un an, probablement causée par embolie cérébrale, et où l'irritation médullaire causée par la dégénérescence secondaire était moyenne. Le massage a pu produire des résultats assez satisfaisants vu le peu de temps pendant lequel le malade est resté à l'hôpital. Il faut remarquer l'action des pointes de feu, action qui fait disparaître la contracture de trois doigts et leur donne le mouvement. La révulsion locale sur la colonne vertébrale, au niveau des renflements cervical et lombaire, est donc un excellent adjuvant du massage. Il faut remarquer que malgré une contracture peu considérable, les muscles de l'avant-bras étaient atrophiés d'une manière assez notable. Cette atrophie a aussi disparu par le massage.

Observation III (personnelle). — La nommée Lanher Marguerite, agée de 40 ans, exerçant la profession de blanchisseuse, entre le 4 décembre 1884, salle Piary n° 20, dans le service de M. Ball à Laënnec. Il y a 2 ans la malade tombe sans connaissance, reste dans cet état 5 à 6 heures, puis elle se réveille avec une hémiplégie gauche et un embarras de la parole qui a duré 2 mois. Depuis l'embarras de la parole a disparu, mais l'hémiplégie persiste à peu près dans le même état.

Etat actuel le 9 novembre 1886 : *membre supérieur*. Sensibilité conservée; réflexes musculaires exagérés; pas d'atrophie notable : motilité complètement abolie, pour les doigts, la main et l'avant-bras; légèrement conservée pour l'épaule. Cette paralysie s'accompagne d'un degré assez marqué de contracture. Cette contracture maintient le coude fléchi, ainsi que le poignet et les doigts. La main est en pronation. Cette contracture diminue pendant la nuit, et le matin les doigts s'étendent pour se refermer quelque temps après.

La contracture s'exagère parfois, surtout quand la malade

tousse; mais il n'y a pas de véritable accès de contracture, et la flexion des doigts n'est jamais assez prononcée pour faire pénétrer les ongles dans les chairs.

Le redressement se fait difficilement pour le coude et le poignet : il est impossible pour les doigts. Lorsqu'on opère le redressement, la position obtenue persiste quelque temps, puis la position première réapparait. Cette contracture n'est pas accompagnée de douleurs, et les phénomènes douloureux n'apparaissent que lorsqu'on tend à opérer le redressement,

Le malade ne peut exécuter aucun mouvement si petit qu'il soit.

*Membre inférieur*. Le membre peut être soulevé en entier, mais aucun mouvement ne peut être produit dans les articulations du genou, et du cou-de-pied; les orteils sont immobiles. Le pied est tourné en dedans et en bas et le redressement provoque de la trépidation épileptoïde.

Il existe ici de même qu'au membre supérieur une véritable contracture, qui augmente par moment, et que les efforts trop grands de redressement exagèrent. La marche et même la station debout sont impossibles.

Le massage est pratiqué cinq fois jusqu'au 25 novembre sur le membre supérieur seulement. Le massage a toujours été douloureux, surtout le pincement et la pression musculaire. Le coude peut être redressé, mais pas tout de suite : si on défléchit trop vite le coude et qu'on le mette en extension, le coude est alors contracturé en extension; ce qui montre que les fléchisseurs et les extenseurs de l'avant-bras sont tous deux susceptibles de se contracturer. Les doigts ainsi que le poignet peuvent être redressés en partie, mais assez difficilement, et ce n'est qu'en exerçant des pressions fréquentes, courtes et fortes sur des muscles de la région antérieure de l'avant-bras que ce redressement peut être opéré.

Après le massage les doigts sont moins contracturés pendant deux ou trois jours. Aucun mouvement volontaire n'a pu être produit ni avant ni après le massage. Après chaque séance de massage, la malade se met à dormir pendant 3 ou 4 heures, et pendant 2 ou 3 jours elle éprouve des envies fréquentes de dormir : de plus elle dort beaucoup mieux pendant la nuit.

La malade continue à être massée une fois par semaine : le 16 décembre, aucun mouvement volontaire n'a pu être produit; mais la contracture a diminué d'une manière appréciable. De plus la malade dort beaucoup mieux qu'elle ne dormait.

Observation IV. (personnelle). — Le nommé X....., agé de 62 ans, tombe il y a trois mois frappé d'une attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie gauche. Il entre le 28 juin 1886, salle Larochefoucauld, nº 17.

Son hémiplégie s'était améliorée les jours précédents; mais au moment ou je le vis, le 29 juin, le malade marchait en traînant la jambe gauche, et tout en remuant légèrement les doigts il ne pouvait serrer aucun objet. La paralysie n'était pas accompagnée de contracture. Après une seule séance de massage pratiquée le 1er juillet, et d'une durée d'une demi-heure, les mouvements des doigts sont plus étendus, et le malade peut serrer avec assez de force la main qu'on lui présente.

Le 8 juillet, nouvelle séance qui produit une amélioration plus caractérisée.

Le malade demande à sortir le 16 juillet.

J'ajouterai à ces observations, les résultats que j'ai obtenus chez deux malades que je soigne dans le service de M. Henri Huchard, à Bichat.

Observation V (citée dans le nº 7 de la *Revue générale de clinique et de thérapeut.* 1887). — Le nommé M..., âgé de 35 ans, entre le 30 janvier 1887, salle Bazin, nº 11. Il y a deux ans, gangrène sénile, dont il porte encore les traces. Il y a 3 mois, en se levant de table, il se trouve paralysé du côté gauche, sans perdre connaissance, et avec un certain degré de glossoplégie. Au moment où je l'ai observé pour la première fois, le 2 mars, le malade ne présentait aucun mouvement dans les doigts et le poignet; le coude était immobile, et c'est à peine si le membre supérieur pouvait être soulevé de quelques centimètres : léger degré de contracture dans les doigts et le poignet, pas d'atrophie. Battements du cœur très irréguliers. Après le premier massage, le 4 mars, le malade peut légèrement fléchir et étendre les doigts; le poignet peut être légèrement relevé, et le bras peut presque arriver à la hauteur du menton. Après la deuxième séance, pratiquée le 7 mars, le malade peut serrer légèrement la main, et l'avant-bras peut facilement être soulevé jusqu'au-dessus de la tête. Le malade reste sans être massé jusqu'au 14 mars, et les mouvements, au lieu de diminuer, ont plutôt augmenté. Troisième massage le 16 mars : le malade a recouvré presque toute l'étendue de ses mouvements, et il peut serrer avec assez de force. Aujourd'hui 2 avril, les résultats acquis ont persisté sans nouvelle séance.

Observation VI. — Le nommé P..., cocher, âgé de 50 ans, entre le 5 avril 1887, salle Bazin, nº 2. On ne relève rien d'important dans ses antécédents, sauf un peu d'alcoolisme. Le 1er décembre 1886, perte de connaissance ayant duré vingt-

quatre heures; délire pendant deux ou trois jours; glossoplégie pendant huit jours. Le membre inférieur a repris en partie ses mouvements, mais le membre supérieur est resté stationnaire. Au moment où je le vois, le 6 avril, le membre supérieur est presque entièrement privé de mouvements; à peine si les doigts et le coude peuvent légèrement se fléchir; légère contracture dans les doigts, le coude et le poignet. On constate une atrophie assez notable. On trouve à la mensuration deux centimètres de différence à l'avant-bras, un et demi au niveau du biceps, trois à la partie supérieure du bras. Du 6 au 12 avril, trois séances de massage. La contracture a de beaucoup diminué, mais les mouvements n'ont fait que peu de progrès. Les muscles sont un peu plus fermes.

Ces observations démontrent d'une façon certaine, que le massage est un puissant agent de traitement des hémiplégies d'origine organique.

L'amélioration constatée porte : 1° sur la contracture; 2° sur les troubles trophiques; 3° sur la paralysie.

1° *La contracture* est diminuée chez tous les hémiplégiques, et on note une amélioration dès la première séance. Lorsque la contracture est très forte, la diminution, constatée pendant et après le massage, reparaît ordinairement le lendemain, mais moins forte qu'avant les manipulations. Si la contracture est faible, et consiste seulement en exagération de la tonicité musculaire, elle disparaît entièrement et les doigts après la séance sont aussi souples que ceux du côté opposé. C'est surtout le massage par pression musculaire qui fait disparaître la contracture.

2° *Les troubles trophiques* n'existent pas toujours. M. Brissaud a démontré que pour qu'ils se produisent il fallait une altération des cellules des cornes antérieures, qui se caractérise surtout par l'atrophie musculaire, peu souvent par de l'adipose sous-cutanée. Le massage agit d'une manière très efficace sur ces troubles et fait disparaître rapidement l'atrophie musculaire.

3° *Quant à la paralysie*, elle est rarement tout à fait flasque : le plus souvent il y a une exagération de la tonicité musculaire, qui fait que l'on trouve une légère résistance lorsqu'on veut étendre les doigts ou relever le poignet ; les mouvements reviennent, dans ces cas, d'une manière assez rapide. Mais lorsqu'il y a contracture véritable, les mouvements reviennent bien moins facilement. La paralysie est en général d'autant plus difficile à guérir qu'on se rapproche des extrémités du membre. Lorsqu'il y a troubles trophiques, la motilité est plus difficile à réveiller, et ce n'est que lorsque l'altération des cornes antérieures a diminué, que le massage peut agir efficacement sur la paralysie. Il convient de faire remarquer que les résultats obtenus persistent après le massage : les mouvements vont même en augmentant de force et d'étendue.

Les indications du massage varient suivant la période à laquelle l'hémiplégique est arrivé : pendant la période d'apoplexie et au début de l'hémiplégie, ce massage doit être évité avec soin, surtout lorsqu'il y a des troubles trophiques et des contractures précoces. En effet, comme nous le verrons, le massage agissant en grande partie d'une façon réflexe, il faut éviter avec soin tout ce qui pourrait irriter la moelle ou le cerveau.

Plus tard vient la période où les contractures apparaissent : c'est d'abord une irritabilité plus grande du système musculaire ; les réflexes sont exagérés, la main a une tendance à prendre une certaine position, qui est presque toujours la flexion et la pronation. Ensuite peuvent survenir des contractures plus fortes, surtout exagérées le soir et le matin, moins fortes pendant la nuit. A cette période on doit masser, mais masser avec une grande modération et en tenant compte des phénomènes cérébraux, comme vertiges, céphalalgie, qui pourraient survenir : le massage peut, en effet, d'abord augmenter

par action réflexe l'état d'irritabilité de la moelle : l'action réflexe du massage sur la moelle est évidente; par le simple pincement de la peau, on peut voir des groupes musculaires se contracter : bien plus, l'excitation des muscles de la région antérieure de la jambe peut déterminer une contraction dans les muscles de la région postérieure. Le massage fait avec soin pourra simplement modifier l'irritation des cellules des cornes antérieures, et diminuer la contracture; si au contraire on n'agit pas avec modération, l'excitation réflexe deviendra trop forte et la contracture, au lieu de diminuer, augmentera.

Le massage agit aussi d'une manière réflexe sur le cerveau. J'ai noté, dans les observations I et III, un phénomène assez curieux; c'est l'envie irrésistible de dormir qui s'empare des malades aussitôt après le massage : j'observe en ce moment le même symptôme chez un hémiplégique que je masse dans le service de M. le docteur Huchard. Les malades commencent par bâiller, par s'étirer; les paupières se ferment petit à petit, et le sommeil ne tarde pas à survenir. Le malade ne peut pas empêcher ce sommeil; lorsqu'il se réveille, il ne se sent pas fatigué et il conserve dans la journée et les jours suivants de fréquentes envies de dormir. Je n'ai jamais vu ce phénomène se produire chez des paraplégiques avec ou sans contracture, même lorsque les douleurs provoquées par le massage étaient très fortes : je ne l'ai observé que chez les hémiplégiques, et seulement chez ceux qui étaient atteints de contracture. Le malade qui fait l'objet de l'observation numéro I, nous en donne un exemple frappant : chez cet hémiplégique, dont les lésions dataient de six ans, les phénomènes de sommeil ne se sont montrés que lorsque j'ai massé son membre inférieur qui était contracturé. Il est bon d'observer que je n'ai pas vu cette envie de dormir se produire lorsque je

faisais des séances moins longues. Ces phénomènes de sommeil sont certainement le résultat d'une action réflexe qui, partie du muscle massé, va produire une modification dans les parties cérébrales environnant le foyer de ramollissement ou le foyer hémorragique, et cela d'autant plus facilement que la période de dégénérescence secondaire n'est pas encore terminée. On doit donc, pendant cette période, faire le massage avec beaucoup de discernement, et bien faire attention à tous les phénomènes qui pourraient se produire : car si l'excitation réfléxe partie du muscle est trop forte, des accidents peuvent survenir. On doit cesser le massage aussitôt que les maux de tête se produisent d'une façon persistante.

On peut pendant cette période faire des applications de pointes de feu en même temps que le massage : nous avons vu dans l'observation numéro II ce mode de traitement réussir à merveille, et donner le mouvement à trois doigts de la main paralysée. Les pointes de feu paraissent agir de la même façon que le massage, c'est-à-dire par irritation réflexe lente des cornes antérieures, venant combattre l'irritation produite sur ces mêmes cellules par les phénomènes de dégénérescence secondaire.

Au bout d'un temps variable suivant l'intensité de la lésion, la contracture vraie s'amende et disparaît petit à petit : mais il reste souvent une sorte d'altération musculaire, de myosite scléreuse, amenant lentement la rétraction du muscle. Les muscles à cette période sont raccourcis ; ils sont durs, leurs faisceaux primitifs sont distincts, et ressemblent à de petites cordes tendues et douloureuses : le muscle se rétracte petit à petit, les déformations s'exagèrent, mais il n'existe plus de contracture ; les efforts que l'on fait pour rendre au membre sa position première n'augmentent pas la flexion des doigts ou la pronation de la main, et lorsqu'on a réussi

à étendre un muscle, le résultat acquis persiste. On doit toujours éviter que cette troisième période survienne, en massant les membres avec précaution et en étendant la main du malade sur une planchette.

C'est surtout au début de cette troisième période que les résultats du massage seront rapides. Dans l'observation numéro I, le malade, hémiplégique depuis six ans, a été complètement guéri de son bras en dix séances. En effet, tant que la lésion primitive ou la dégénérescence secondaire ne sera pas guérie, on ne doit pas espérer la guérison complète des accidents paralytiques ; on ne fait que modérer l'irritation médullaire consécutive à la dégénérescence, et l'on met le muscle en état de pouvoir se contracter facilement lorsque la lésion cérébro médullaire sera guérie.

Comment, en résumé, le massage agit-il ? Le massage agit d'abord sur la nutrition de la peau, dont il active et régularise la circulation ; il agit de même sur le muscle : il lui rend sa tonicité naturelle et son activité normale ; il l'empêche ensuite d'être envahi par une sorte de myosite trophique qui gêne le rétablissement des mouvements après la guérison des lésions primitives. De plus il agit, comme nous l'avons vu, d'une manière réflexe sur la moelle et sur le cerveau. L'irritation musculaire et cutanée qui est le point de départ de ce réflexe, n'agit pas seulement, comme pour l'électricité, au moment même des manipulations, mais son action persiste plus longtemps : la peau et le tissu musculaire se trouvent dans un état d'excitation lente qui agit très efficacement sur la moelle, d'abord pour calmer son excitabilité, ensuite pour modifier la dégénérescence de ses cellules antérieures, lorsqu'il y a troubles trophiques, enfin pour aider au rétablissement de la circulation nerveuse collatérale.

# ARCHIVES CLINIQUES

## UN CAS DE
## PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE ALCOOLIQUE

**Par le Dr ROUSSEAU**

Médecin directeur de l'Asile d'Auxerre

Pendant longtemps on a admis que l'alcoolisme constituait le facteur étiologique le plus important de la paralysie générale ; mais une étude plus approfondie a permis de constater que les causes de cette maladie sont encore très obscures, qu'elle se produit principalement chez les peuples dont la civilisation est très avancée, ou qui sont en voie de décadence, et que le surmenage cérébral prédispose singulièrement à ce processus dégénératif. D'autre part, on a encore reconnu que toutes les fois que son point de départ se rattache à une cause bien déterminée : comme l'alcoolisme, la syphilis, le saturnisme, elle se modifie complètement, perd son aptitude à progresser fatalement, et guérit sous la seule influence de la suppression des causes qui l'ont produite. Il était évident qu'on n'avait pas affaire au même processus pathologique, et l'on a été amené à établir une ligne de démarcation bien tranchée entre la paralysie générale progressive et les autres paralysies générales qu'on a dénommées pseudo-paralysies générales.

La pseudo-paralysie générale alcoolique débute ordinairement après une attaque de *delirium tremens*, et revêt les principaux caractères de la péri-encéphalite diffuse : embarras de la parole, parésie musculaire, trem-

blement, dilatation inégale des pupilles, obtusion intellectuelle, délire ambitieux ou lypémaniaque. Mais malgré la gravité apparente de ces symptômes, tout rentre facilement dans l'ordre et la guérison est la terminaison habituelle de cette maladie. Il faut encore noter qu'elle récidive fréquemment, puisqu'on a vu jusqu'à seize attaques chez le même individu et qu'elle ne verse jamais elle-même dans la paralysie vraie.

D'autre part, l'observation suivante vient démontrer qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que cette forme de l'alcoolisme peut passer à l'état chronique et se terminer par la mort.

Le nommé L..., Mathieu-Cyprien, est entré à l'asile d'Auxerre le 19 mai 1875. C'est un homme de 57 ans et qui exerçait la profession de menuisier. Il vient de l'Hôtel-Dieu et le certificat du médecin qui l'a soigné mentionne les faits suivants : « Ce malade, entré à l'hôpital à la suite de plusieurs accès de *delirium tremens* occasionnés par l'alcoolisme, est depuis quelque temps en proie à de l'agitation et à une insomnie continuelle. Si l'on converse avec lui, ce sont des divagations et des idées incohérentes. Tourmenté par des visions, il s'imagine que la sœur qui lui panse un pied malade, va lui couper et lui enlever la tête. Il se croit l'objet de persécution et d'une surveillance de tous instants. Il menace de se suicider et cherche à se jeter par la fenêtre. Il est, en un mot, un objet d'inquiétudes pour ceux qui l'entourent. »

Ce certificat porte la date du 28 avril 1875, et quand, vingt-trois jours plus tard, ce malade est admis à l'asile, son état physique et moral s'est complètement modifié. Ses facultés intellectuelles ont subi un affaiblissement notable, ainsi que la mémoire et la sensibilité. Il a perdu la notion du temps et de l'espace, et ne peut fournir aucun renseignement sur ses antécédents. Il se croit en 1859. Il n'existe pas d'idées ambitieuses, mais il manifeste des convictions erronées et quelques tendances hypochondriaques. Il s'image qu'il va tirer au sort et partir comme cuirassier. La parole est très embarrassée et, sous l'influence de l'émotion, il bredouille tellement qu'il devient impossible de le comprendre. La pupille gauche est plus dilatée que la droite, les muscles sont agités d'un tremblement bien caractérisé, la marche est pénible et traînante, l'enveloppe cutanée est frappée d'anesthésie. Il est calme, assez irritable; mais reste toujours inoffensif.

Pendant les douze années que ce malade est resté dans l'établissement, la situation générale est demeurée stationnaire, sauf quelques modifications dont voici les principales.

A partir de 1878, les excrétions s'écoulent parfois involontairement.

Au mois de juin 1882, on constate que le côté gauche du corps est plus faible que l'autre. Le malade lui-même en a conscience. L'anesthésie cutanée persiste. La locomotion est très difficile, quelque-fois même il est obligé de se soutenir au mur. Il perd ses vêtements, et ne retrouve plus son lit. L'irrésolution musculaire est remarquable et il est obligé de tâtonner longtemps avant d'arriver à son but. La mémoire est toujours infidèle pour les faits récents, mais elle s'est un peu réveillée pour ce qui se rapporte au passé. C'est ainsi qu'il se rappelle la plupart des mots techniques de son ancienne profession. Les urines seules s'écoulent involontairement.

En avril 1883, les pupilles sont redevenues égales, les organes ont repris de la tonicité et il ne gâte plus.

Le 12 février 1886, on examine au dynamomètre l'état de sa force musculaire. Elle est égale des deux côtés et fait progresser l'aiguille jusqu'au 43e degré.

Au mois d'octobre 1886, il commence à s'affaiblir. Il est pris d'une diarrhée abondante qui cesse et reparaît alternativement.

Au mois de décembre, le flux intestinal s'est supprimé, le malade possède un appétit normal, mais ses forces continuent à décroître.

Au commencement de janvier 1887, l'amaigrissement est considérable. Il éprouve à cette époque une légère attaque, avec déviation des traits de la face à gauche, parésie du bras correspondant, et augmentation notable de l'embarras de la parole. Les extrémités inférieures sont contracturées et tellement appliquées l'une contre l'autre qu'on ne peut les déplacer qu'en bloc. Il n'existe pas d'inégalité pupillaire, les sens paraissent intacts, il gâte complètement. L'affaiblissement fait des progrès rapides et le malade s'éteint le 11 du même mois.

A l'autopsie, on rencontre du côté des méninges une pachyméningite hémorragique occupant toute la moitié droite de la face interne de la dure-mère. L'hémorragie est peu abondante et disséminée par ilots. La néo-membrane est fine, elle s'enlève facilement et l'on distingue avec la plus grande netteté, dans son intérieur et dans l'intervalle des ilots, des vaisseaux dont les parois sont intactes. Ils ont donc pu résister à la tension sanguine et c'est ce qui explique probablement pourquoi l'hémorragie s'est montrée aussi restreinte.

L'arachnoïde et la pie-mère offrent une épaisseur normale,

elles sont transparentes et libres de toute adhérence avec la couche corticale sous-jacente. Le cerveau est pâle, ses cavités ventriculaires sont larges, et les différentes coupes auxquelles il est soumis ne font découvrir aucune lésion soit morphologique, soit organique.

Le cœur est volumineux, l'aorte est dilatée à sa naissance et présente une fine arborisation vasculaire à sa surface interne. Les orifices et les valvules ne portent aucune trace de rétrécissement ni d'insuffisance.

Les autres organes sont sains.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Chez notre malade, la pseudo-paralysie générale a succédé d'emblée à une attaque de *delirium tremens*. En quelques jours, le délire lypémaniaque, les idées de persécution, les hallucinations de la vue, les impulsions au suicide se sont dissipées pour faire place à la démence et à des troubles profonds de la motricité. Bien que les auteurs signalent des différences entre les symptômes qui sont communs à la paralysie et à la pseudo-paralysie générales, le diagnostic n'en est pas moins demeuré très difficile. S'il existait de l'anesthésie cutanée, de l'inégalité pupillaire avec paresse irienne, d'autre part, l'embarras de la parole, le tremblement, la parésie musculaire qui avait débuté par les extrémités inférieures, ressemblaient à s'y méprendre aux phénomènes analogues de la péri-encéphalite diffuse. Aussi notre malade a-t-il été considéré un certain temps comme paralysé général, et ce n'est qu'au bout de quelques années, quand on eut constaté que la situation restait stationnaire, que le diagnostic fut réformé et qu'on fut forcé d'admettre qu'on avait affaire non seulement à une pseudo-paralysie générale, mais encore à une forme anormale de la maladie.

La paralysie alcoolique est donc susceptible de passer à l'état chronique et d'évoluer pendant une longue série d'années. Les troubles intellectuels et les lésions du

mouvement sont à peine progressifs et elle se termine par un affaiblissement général et le marasme. Chez notre malade, la pachyméningite hémorragique ne doit être considérée que comme une simple complication, car lorsqu'elle est apparue, il y avait déjà plusieurs mois qu'il déclinait visiblement. Enfin, à l'autopsie, on ne rencontre aucune inflammation diffuse du côté des méninges et des couches corticales du cerveau, mais des lésions qui dérivent directement de l'alcoolisme.

En résumé, la pseudo-paralysie générale alcoolique constitue, dans la grande majorité des cas, une affection de courte durée, et facilement curable, mais elle peut aussi s'organiser d'une façon définitive et revêtir une gravité égale à celle de la paralysie générale.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Année 1886)

Séance du 20 novembre. — *Un cas de paralysie hystérique consécutive à un rêve*, par Ch. Féré.

Une jeune fille de quatorze ans s'est présentée à la consultation de la Salpêtrière dans les circonstances suivantes. Depuis quelque temps elle avait beaucoup grandi et ses règles s'étaient supprimées. Une nuit, elle rêva que des hommes la poursuivaient pour la tuer, sur la place de l'Odéon. Elle fit de grands efforts pour leur échapper et réussit; mais à son réveil elle était extrêmement fatiguée, et dans la journée qui suivit, ses jambes fléchissaient sous elle. Le rêve se repéta plusieurs nuits de suite, persista même pendant la veille. Chaque matin, la faiblesse des jambes augmentait. Quelques jours plus tard, après avoir fait un effort pour monter un escalier, elle s'affaissa et fut tout à fait incapable de se relever : elle était paraplégique.

Les circonstances qui ont précédé l'apparition de la para-

lysie chez cette malade, paraissaient favorables à la théorie de la paralysie par épuisement que M. Féré a déjà soutenue pour les paralysies traumatiques. En provoquant chez des hypnotisables des rêves de course dans le sommeil naturel, il a pu déterminer des parésies analogues.

Séance du 27 novembre. — *Fibres pupillaires de la bandelette optique*, par M. DARKCHEWITCH (de Moscou).

Les fibres, désignés sous ce nom par l'auteur, prennent leur origine dans la rétine, cheminent dans le tronc du nerf optique et s'entre-croisent au niveau du chiasma avec les fibres du côté opposé (un petit nombre de ces fibres ne s'entre-croisent pas très probablement). Après l'entrecroisement, elles continuent leur trajet dans la bandelette optique jusqu'au corps genouillé externe. Arrivées à la partie antérieure de ce dernier, elles se séparent du reste des fibres de la bandelette optique et se dirigent à travers la masse des couches optiques vers le pédoncule antérieur du conarium, avec les fibres duquel elles pénètrent dans la glande pinéale. Cette dernière sert de point d'émergence aux fibres de la commissure postérieure, lesquelles, après s'être entre-croisées derrière l'aqueduc de Sylvius, se terminent dans le noyau du nerf de la troisième paire.

*Suggestion thérapeutique*, par MM. FONTAN et SÉGARD.

Les observations qui font l'objet de cette communication, disent les auteurs, sont des relations succintes tirées de nos cahiers de clinique. Elles font partie d'une série de près de cent cas de thérapeutique suggestive que nous avons recueillis soit à l'hôpital, soit en ville, en quelques mois.

Notre méthode consiste à obtenir l'hypnose par des procédés de douceur (le plus souvent la simple occlusion des yeux suffit) ; et, profitant d'un état de sommeil dont nous avons classé les degrés et auxquels arrivent facilement à péu près tous nos malades, nous suggestionnons la suppression de tout phénomène douloureux, de tout réflexe pénible, de toute perturbation fonctionnelle. L'hypnose s'obtient presque toujours (elle échoue 3 fois sur 100). Quand elle est obtenue, la suggestion porte sûrement ses fruits.

Nous donnerons à ces considérations sommaires et aux résultats que nous avons obtenus, les développements qu'ils comportent, dans un travail ultérieur. Nous n'avons voulu aujourd'hui que montrer par quelques exemples avec quelle

facilité extrême on guérit ainsi les troubles de la sensibilité et de la motilité, et même des *désordres circulatoires et sécrétoires*, liés à *des lésions anatomiques précises*, comme celles qui résultent d'un traumatisme.

Les raideurs articulaires qui succèdent à plusieurs semaines d'une arthrite traumatique, ou au rhumatisme chronique, l'impotence des membres pelviens et la tendance syncopale produite par une commotion cérébrale, disparaissent en une séance de suggestion. Les irradiations douloureuses et les réflexes éveillés par une protastite blennorrhagique ou une pelvimétrite fébrile bien caractérisée sont annihilés aussi facilement. Une dyspepsie avec vomissements et constipation opiniâtre est abolie par une seule suggestion......

*Dégénération et centre trophique des nerfs. — Examen critique des opinions émises sur leur nature : applications*, par M. S. Arloing.

L'auteur fait l'historique de la question et développe les propositions suivantes :

Lorsqu'un nerf est sectionné dans sa continuité, le bout périphérique subit les altérations classiquement connues sous le nom de dégénération.

Une fibre présente le phénomène de la dégénération quand elle est séparée de sa *cellule émissive*, ou bien quand cette cellule elle-même perd ses propriétés.

Les cellules des ganglions rachidiens sont, à la fois, le centre émissif des fibres des racines postérieures et des fibres périphériques des nerfs mixtes.

Lorsque la moelle épinière est comprimée dans sa continuité, les fibres des cordons postérieurs dégénèrent de bas en haut, parce qu'elles ont leur centre émissif dans les ganglions spinaux ou la moelle, tandis que les fibres des cordons antérieurs ont leur centre émissif dans la portion céphalique de l'axe nerveux.

Les cellules qui sont disséminées, dans beaucoup d'espèces, à l'intérieur des cornes postérieures, sont de simples relais jetés sur le trajet des fibres nerveuses qui réunissent la périphérie aux centres sensitifs ou au centre d'idéation de l'écorce cérébrale.

Parmi les cellules des cornes antérieures, il y en a qui sont aux racines antérieures ce que sont les cellules du ganglion spinal pour les racines postérieures. Ces cellules bourgeon-

nent au dehors et au dedans et se mettent en rapport, de ce côté, soit par les cordons antérieurs et par leur intermédiaire avec les cellules de relais interposés entre ces dernières et les cellules trophiques.

La moelle est privée de la spontanéité motrice. Mais comme elle est pourvue de la réflectivité, on doit forcément admettre que ces cellules de relais ou les cellules émissives des racines motrices entretiennent des connexions avec les racines postérieures. Ces relations sont à déterminer matériellement.

Séance du 4 décembre. — *Présentation d'un malade ayant subi la suture primitive et directe du nerf médian*, par M. Bouisson, interne des hôpitaux.

L'auteur présente un malade auquel, un jour de garde, le 5 novembre de cette année, il a fait, dans le service de M. Monod, à l'hospice d'Ivry, la suture du nerf médian.

La plaie a bien marché et s'est réunie par première intention dans la plus grande partie de son étendue. Aujourd'hui, il ne reste plus qu'un peu de désunion au niveau du point où la plaie a été débridée pour permettre la suture des tendons superficiels de l'avant-bras sectionnés au niveau du poignet, ainsi que l'artère cubitale dont les deux bouts ont été liés.

On a observé au premier abord, chez ce malade, un rétablissement au moins partiel des fonctions nerveuses presque immédiat, et cependant elles sont profondément troublées et le nerf dégenéré. Sensibilité et motilité revenues partiellement en apparence, douleur dans les doigts innervés par le médian à la pression de la suture et spontanément, sont des signes de prétendue réunion primitive du nerf; la réaction de dégénérescence, l'atrophie aujourd'hui nette de l'éminence thénar sont des preuves de dégénérescence du bout phériphérique, et l'absence de sensibilité aux deux pointes est un signe certain, d'après M. Tripier, que la sénsibilité constatée sur le territoire du médian est une sensibilité d'emprunt, de récurrence.

*Contribution à l'anatomie pathologique de l'atrophie musculaire progressive*, par Wladimir Roth (de Moscou).

L'auteur insiste particulièrement, dans cette note, sur l'existence d'une atrophie en longueur de la fibre musculaire qui se voit dans des fibres de largeur normale ou même hypertrophiées, et qui, par conséquent, est indépendante de l'atrophie vulgaire, de l'amaigrissement du faisceau primitif.

Ce mode d'atrophie n'est pas le seul dans l'atrophie musculaire progressive, mais lui est propre, et paraît constituer un signe anatomique pathognomonique. Dans les atrophies d'origine nerveuse, comme on les voit après la section d'un nerf ou dans la sclérose latérale amyotrophique, c'est l'atrophie simple et l'amincissement de la fibre musculaire avec légère sclérose interstitielle qui se produisent.

L'atrophie en longueur, ajoute l'auteur, ou racourcissement atrophique des faisceaux musculaires paraît avoir non seulement une valeur pathognomonique au point de vue anatomique, mais encore au point de vue clinique. En réalité, les altérations anatomiques qui en dépendent peuvent en partie être observées ou entrevues au lit du malade et contribuer au diagnostic d'une atrophie musculaire progressive myopathique. Il en donne quelques exemples.

Ch. V.

---

# JOURNAUX FRANÇAIS

---

## UNION MÉDICALE

(Année 1886)

**Les lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice, par R. Longuet. (N° 25.)**

Dans ces derniers temps plusieurs auteurs ont signalé la fréquence des désordres cardiaques dans l'ataxie locomotrice. Toutes les statistiques s'accordent à reconnaître la prédominance des lésions a ortiques eten particulier de l'insuffisance; toutefois les lésions et toutes les combinaisons des lésions cardiaques, à l'exception de celles du cœur droit et de l'hypertrophie pure, ont été rencontrées. Or la cause habituelle des affections du cœur, le rhumatisme, a le plus souvent fait défaut; d'autre part les ataxiques sont des adultes et appartiennent par conséquent à une période de la vie où les affections mitrales et aortiques se rencontrent avec une égale fréquence. On est donc amené à reconnaître que des

causes particulières solidarisent les tabes et les lésions aortiques qui lui sont si fréquemment associées. M. Longuet expose les différentes théories qui ont été émises pour expliquer cette solidarité, et une des plus probante est celle qui reconnaît l'artério-sclérose généralisée comme la lésion anatomique commune à la sclérose des cordons postérieurs et aux lésions cardiaques.

Le pied tabétique, par M. Longuet. (Nos 42 et 43.)

Exposé des différentes manifestations du pied tabétique; arthropathie des petites articulations, déformation du pied, mal perforant, chute spontanée des ongles.

Contribution a l'histoire de la paralysie du nerf radial a la suite des fractures de l'humérus, par M. Robillon. (No 54.)

Fracture comminutive de l'extrémité inférieure de l'humérus, compliquée de plaie; paralysie du radial; cal exubérant. Libération du nerf radial par une excision du cal. Retour très lent des fonctions nerveuses.

Injections contre le delirium tremens, par M. Dujardin-Beaumetz. (No 57.)

Pour combattre les accès de delirium tremens, l'auteur, à l'exemple du docteur Luton, pratique une injection sous-cutanée contenant cinq milligrammes de sulfate de strychnine. Il la renouvelle cinq heures plus tard. Quelquefois même, si les accidents persistent, il fait une troisième injection avant la fin des vingt-quatre heures. — Il existe en effet un antagonisme réel entre l'empoisonnement par l'alcool et l'empoisonnement par la strychnine et réciproquement. Seulement la strychnine ne s'oppose pas aux altérations graves des différents viscères dont l'ensemble constitue le fait capital de l'empoisonnement par l'alcool.

## FRANCE MÉDICALE

### (Année 1886)

Paralysie agitante de cause traumatique, par M. Deschamps. (No 3.)

Observation d'un homme de 52 ans qui, à la suite d'une plaie contuse des doigts de la main gauche, présenta un tremblement continuel de tout le membre supérieur du même côté.

Observation de chorée mortelle, par M. Guinon. (Nos 7 et 8.)

A l'autopsie, intégrité absolue du système nerveux central.

HÉMIPLÉGIE D'ORIGINE URÉMIQUE CHEZ UN JEUNE ENFANT, par M. le Dr DAUCHEZ. (N° 13.)

Néphrite parenchymateuse d'origine scarlatineuse. Anurie. Suppression de la diarrhée. Dyspnée urémique. Épilepsie partielle gauche suivie d'hémiplégie complète avec hémianesthésie sans perte de connaissance. Mort.

HÉMIPARAPLÉGIE ET HÉMIANESTHIE CROISÉE, TRÈS PROBABLEMENT D'ORIGINE SYPHILITIQUE ; GUÉRISON AVEC PERSISTANCE DE TROUBLES VASO-MOTEURS ET DE LA SENSIBILITÉ THERMIQUE, par M. le Dr CATUFFE. (Nos 22 et 23.)

Observation d'un homme de 57 ans, chez lequel, sans antécédents morbides appréciables, héréditaires ou acquis, est apparue, sur le membre inférieur droit, une faiblesse progressive avec conservation de la sensibilité et même un peu d'hyperesthésie, et sur le membre inférieur gauche, une anesthésie complète avec conservation de la motilité. Guérison par l'iodure de potassium et les pointes de feu à la région dorso-lombaire.

NOTE SUR UN CAS DE PARALYSIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE, par M. PLICQUE. (N° 31.)

Paralysie pseudo-hypertrophique. — Rétraction des muscles fléchisseurs du genou gauche. — Luxation congénitale de la hanche droite.

HYPNOTISME ET FOLIE, par le Dr GARNIER. (N° 47.)

Grâce à la suggestion hypnotique, on est parvenu à modifier favorablement et même à faire disparaître certains troubles somatiques liés à l'hystérie, tels que paralysies, contractures, névralgies, etc. Ne pourrait-on pas appliquer cette thérapeutique suggestive aux lésions d'ordre intellectuel et en dehors de l'hystérie ?

SYMPTÔMES D'IRRITATION SPINALE ATTRIBUABLE AU FROID, par M. BERBEN. (N° 48.)

## GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

(Année 1886)

OBSERVATION DE RHUMATISME AIGU CÉRÉBRAL TRAITÉ PAR LES BAINS TIÈDES ET L'HYDRATE DE CHLORAL A HAUTES DOSES. GUÉRISON, par le Dr PRISSON. (N° 3.)

Un service d'aliénés a la Salpêtrière, par le Dr Auguste Voisin. (N° 3.)

M. Voisin consacre sa leçon d'ouverture à l'exposé de la physionomie d'un service d'aliénés, de ses rouages administratifs, des divers modes de recrutement des malades, de la manière dont le médecin peut user des moyens de traitement qu'il a à sa disposition. M. Voisin se prononce contre le no-restreint et maintient l'usage de la camisole de force dans les cas suivants :

1° Lorsque le malade est d'une agitation extrême et lorsqu'il est atteint d'impulsion au suicide ou à l'homicide. Il vaut mieux laisser un agité s'ébattre au grand air avec une camisole plutôt que de le tenir renfermé dans une cellule où il perd l'appétit et finit par s'anémier. De plus il est vraiment impossible dans un asile public d'avoir un ou deux gardiens spécialement attachés à la personne d'un aliéné ; enfin le fait même de poser la main sur un aliéné pour le contenir l'exaspère le plus souvent, et même en ville il est des malades que l'on ne peut empêcher de se livrer à des actes dangereux qu'en employant la camisole ;

2° L'alimentation forcée nécessite souvent l'emploi de la camisole. Il est en effet des malades que cinq ou six infirmiers seraient incapables de maintenir pendant l'introduction de la sonde œsophagienne ;

3° La camisole est encore nécessaire chez certains aliénés à qui il faut maintenir des pièces de pansement ;

4° L'onanisme, la nymphomanie sont des indications formelles de l'emploi de la camisole de force ;

5° Le restreint est également nécessaire lorsque les aliénés ne veulent pas rester dans un bain.

Du délire initial de la fièvre typhoïde, par M. Combet. (N° 11.)

Traumatisme et états constitutionnels. Amputation sous-astragalienne chez une cérébrale, par M. le Dr Jeannel. (N° 13.)

Observation d'une amputation sous-astragalienne pratiquée sur une femme âgée, ayant déterminé des accidents cérébraux imputables à un état cérébral antérieur.

Cancer primitif du poumon. Propagation a la colonne vertébrale. Paralysie, par M. le Dr Muselier. (N° 14.)

## GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

(Année 1886)

SUR UN CAS DE COXALGIE HYSTÉRIQUE, par M. le prof. LANNELONGUE. (N° 6.)

Dans les cas de contracture hystérique il ne faut pas immobiliser le membre, mais avoir recours aux courants continus, puisqu'il s'agit de combattre un état de contracture des muscles coxo-fémoraux. Si l'électricité ne réussit pas, il faut savoir attendre, et on verra souvent la maladie guérir seule, comme on l'observe fréquemment dans les divers troubles de l'hystérie confirmée.

DE L'EMPLOI CONTINU DE L'EAU PAR UNE CALOTE TUBULEUSE DANS CERTAINES MALADIES DE L'ENCÉPHALE, par M. BILLOT (N° 7.)

A l'aide d'un tube en caoutchouc enroulé autour de la tête, en forme de calotte, il est facile de faire circuler un courant d'eau continu et présentant toujours le même degré de température.

## ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

(Janvier 1886)

DU POIDS COMPARÉ DU CERVEAU ET DU CERVELET DANS LA DÉMENCE PARALYTIQUE, par M. BAILLARGER.

La sclérose interstitielle diffuse du cerveau dans la paralysie générale, quand elle parcourt toutes les périodes, a pour terme, comme dans toutes les scléroses, l'atrophie de l'organe. Les hémisphères cérébraux diminuent de volume et perdent souvent plus d'un quart de leur poids. Le cervelet, au contraire, conserve son volume et perd à peine quelques grammes de son poids.

(Avril 1886)

ALCOOLISME PRIS POUR UNE PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. GARNIER.

NOTE SUR UN CAS DE SOMMEIL D'UNE DURÉE DE TROIS MOIS, par MM. CAMUSET et PLANÈS.

VOMISSEMENTS PÉRIODIQUES DANS UN CAS DE FOLIE A DOUBLE FORME, par M. REY.

Observation d'un cas de folie à double forme, caractérisée par des alternatives de manie et de dépression mélancolique et présentant ce fait particulier que des vomissements bilieux annoncent chacune de ces périodes et principalement la période d'agitation maniaque.

De l'expectation comme méthode du traitement du delirium tremens, par M. le Dr Christian.

Devant la liste nombreuse et variée des médicaments qui ont été préconisés tour à tour contre le delirium tremens, M. Christian s'arrête à une méthode de traitement beaucoup plus simple qui est l'*expectation*. Il est bien entendu que cette méthode expectante ne consiste pas à ne rien faire et à assister en spectateur impassible à l'évolution de la maladie; c'est alors qu'il faut savoir appliquer toutes les règles de l'hygiène, exercer une surveillance des plus actives sur le malade, de manière à pouvoir parer en temps voulu aux complications qui pourraient survenir. Il faut avant tout isoler le malade, traiter l'état d'agitation qu'il présente généralement et surtout ne pas supprimer brusquemment l'usage de l'alcool.

Des perversions sexuelles chez les persécutés, par M. le Dr Cullerre.

Un grand nombre de persécutés présentent des conceptions érotiques de nature variée, et le plus souvent ces idées délirantes sont d'ordre purement psychique. Parfois cependant ces conceptions maladives sont liées à des désordres de l'innervation génitale ou une perversion de l'instinct sexuel.

« C'est un persécuté qui ne peut plus accomplir le coït et qui, dans sa douloureuse surprise, accuse les maléfices, les sorts, l'action des puissances occultes. C'en est un autre, qui jusqu'ici chaste d'esprit et de corps, est subitement tourmenté par un priapisme qui le désespère et qu'il ne peut s'expliquer que par l'intervention d'une cause mystérieuse. Chez un autre, enfin, à l'excitation des organes génitaux se joignent des obsessions singulières, le besoin irrésistible d'attacher ses regards sur les parties sexuelles des personnes qu'il rencontre ou l'impulsion à se livrer aux jouissances contre nature. » L'auteur publie plusieurs observations très intéressantes de ce genre.

## ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE

(Mars 1886)

Outrage public a la pudeur, par le Dr Motet.

Consulté sur l'état mental d'un individu poursuivi pour outrage public à la pudeur, M. Motet fait précéder son rapport de considérations générales des plus instructives, que nous reproduisons textuellement. — En présence d'un acte délictueux ou criminel, commis dans des conditions d'une

évidente singularité ; quand les mobiles échappent, quand on est réduit pour trouver une explication toujours insuffisante à invoquer l'influence de la passion, le médecin consulté n'a pas le droit de se contenter de ces données vagues. Son premier devoir est de rechercher s'il n'y a pas un dessous pathologique, qui, héréditaire ou acquis, entretient les bizarreries de caractère, les perversions des sentiments et substitue à des déterminations raisonnées et libres les entraînements instinctifs, les impulsions irrésistibles. Il n'y a pas lieu, dans ce genre de recherches, de s'étonner de constater que l'intelligence est conservée, que les conceptions délirantes n'existent pas. Mais si l'on pousse un peu plus loin l'analyse, le fait seul de trouver chez un individu, en apparence sain d'esprit, de la bizarrerie des actes, conduit à trouver chez les ascendants, soit des anomalies intellectuelles similaires, soit des troubles vésaniques, soit la simple exagération de l'excitabilité nerveuse. C'est là l'hérédité, s'accusant d'une manière plus ou moins accentuée, tantôt facilement reconnaissable à des stigmates indélebiles, tantôt dissimulée et ne se trahissant que par des signes seulement perceptibles pour le médecin habitué à ces délicates investigations. — Les états pathologiques acquis ne créent pas de moindres perturbations consécutives. Chez les individus, qui ont été atteints d'une lésion cérébrale, l'accident initial appartient souvent à un passé déjà lointain ; on l'a oublié ; le malade, ses proches, prolixes dans les détails, restent muets sur la cause, et c'est en reprenant année par année, presque jour par jour, une vie pleine de contrastes, que le médecin arrive à savoir qu'à la suite d'un coup violent porté sur la tête, d'une chute de cheval, de voiture, d'un lieu élevé, il y a eu pendant plusieurs heures, plusieurs jours, une perte de connaissance, un état comateux, et qu'à partir de ce moment la victime de cet accident a changé dans son caractère, dans ses habitudes, dans les manifestations de son intelligence. Ces malades suivent deux voies différentes : les uns sont rapidement précipités dans la démence et évoluent dans le sens de la paralysie générale, sans être des paralytiques généraux vrais ; les autres continuent à vivre de la vie commune, mais ils restent sujets à des vertiges, à des crises épileptoïdes, et procèdent par accès. Ce sont des cérébraux, c'est-à-dire des malades chez lesquels l'organe lésé, désormais troublé dans sa fonction, produit à des intervalles variables des actes ayant au plus haut degré

le caractère impulsif. — Dans son rapport, M. Motet a démontré l'état cérébral de l'inculpé, qui entraînait l'irresponsabilité.

(Avril 1886)

MORPHINISME, AVEC ATTAQUES HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUES CAUSÉES PAR L'ABSTINENCE DE LA DOSE HABITUELLE DU POISON, par le Dr P. GARNIER.

Rapport concluant à la responsabilité atténuée.

G. BOYÉ.

## REVUE DE MÉDECINE, 1886

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA NÉVRITE MULTIPLE, par X. FRANCOTTE. (no 5.)

Il s'agit de quatre cas de névrite multiple, dont deux suivis d'autopsie, observés à la clinique de M. le Dr Marius, à l'Université de Liège. En voici le résumé :

I. — Névrite multiple. Tuberculose. Mort. Autopsie : intégrité de la moelle et de des racines nerveuses, lésions des nerfs (atrophie dégénérative simple) et des muscles.

II. — Début brusque par des phénomènes d'ataxie auxquels succède bientôt une paralysie généralisée. Mort, autopsie, névrite multiple.

III. — Paralysie atrophique des quatre membres et du tronc. Alcoolisme. Rétablissement à peu près complet de la motilité.

IV. — Paralysie atrophique des quatre membres et du tronc ayant débuté brusquement et devenue complète au bout de huit jours. Rétablissement presque complet de la motilité.

NOTE SUR LES CARACTÈRES GRAPHIQUES DE LA TRÉPIDATION ÉPILEPTOÏDE DU PIED ET DE LA ROTULE, par A. PITRES et DE FLEURY. (n° 6)

Dans ce travail sont indiqués quelques-uns des résultats obtenus par l'application de la méthode graphique à l'étude de la trépidation épileptoïde du pied et de la rotule. D'après les auteurs, la conclusion la plus importante qui puisse être tirée de leurs recherches est la suivante :

La plupart des faits qui méritent d'être exposés, tendent à confirmer les analogies qu'on a déjà signalées entre ce phénomène et le tonus musculaire ou la contraction permanente des muscles, et à accentuer au contraire les dissemblances

déjà constatées par un certain nombre d'observateurs entre la trépidation épileptoïde et les réflexes tendineux. L'uniformité de la trépidation, l'absence de fatigue et d'épuisement à la suite de sa répétition prolongée, l'invariabilité de son rythme, quelque soit l'intensité des causes qui l'entretiennent, la possibilité de la faire cesser ou d'en empêcher temporairement la production par des actions expérimentales qui n'ont aucune influence sur les réflexes rotuliens, constituent des raisons sérieuses pour faire repousser l'hypothèse qui attribue une origine commune et une signification identique à la trépidation épileptoïde et aux reflexes tendineux.

L'hystérie dans l'armée, par le Dr Em. Duponchel. (N° 6.)

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

1° L'hystérie occupe dans la nosologie générale de l'armée une place importante, qui n'a pas été soupçonnée jusqu'à ce jour, et que l'on ne pouvait pas, du reste, entrevoir avant les derniers travaux sur l'hystérie mâle. Cette ignorance a pu, dans nombre de cas, entraîner à considérer comme simulateurs des malades très réellement atteints de convulsions hystériques, ou les faire prendre pour des épileptiques.

2° Les grands caractères qui permettront de reconnaître l'hystérie et d'éviter ces erreurs sont :

A. — Des troubles *sensitifs* consistant en hémianesthésies ou zones anesthésiques d'étendue variable, dans lesquelles la perte de la sensibilité est superficielle ou profonde, cutanée ou muqueuse, porte à la fois ou isolément sur les sensations de contact, de température et de douleur par piqûre ou torsion.

B. — Des troubles sensoriels et spécialement le rétrécissement du champ visuel, avec transposition de l'ordre dans lequel les couleurs cessent normalement d'être perçues, le bleu passant en dedans du rouge ou se confondant avec lui.

C. — Des modifications dans les réflexes et particulièrement l'abolition du réflexe pharyngien, coïncidant avec la conservation des réflexes tendineux.

D. — L'intégrité de la contractilité musculaire électrique et la perversion du sens musculaire.

E. — Plus rarement des troubles de la motilité, paralysies ou contractures ne s'accompagnant point d'atrophie ou de dégénérescence des tissus.

Quand on a découvert ces stigmates, il sera possible d'ap-

préciser les renseignements fournis par des certificats médicaux ou autres, des enquêtes de la gendarmerie, le simple récit des hommes intéressés, et de prendre en considération les allégations relatives à des crises mal définies, des aberrations sensorielles ou psychiques, des paralysies ou des contractures transitoires, phénomènes dont, jusqu'à présent, on n'avait point la clef.

Dans les recherches des symptômes de l'hystérie, il ne faudra pas attacher trop d'importance aux traces de féminisme, le fait d'hystériques mâles, de constitution vigoureuse et d'aspect absolument viril étant désormais acquis.

3° Dans les cas très graves où l'on verra se dérouler des symptômes semblables à ceux de l'hystérie féminine la plus accentuée : attaques convulsives, avec corps en arc de cercle et attitudes illogiques de la fin des crises ; action des métaux ; phénomènes de transfert ; zones hystérogènes et hypnogènes ; aptitude aux suggestions et à l'hypnotisme, le diagnostic sera particulièrement facile.

4° Dans les cas d'intensité moyenne, les stigmates de l'hystérie peuvent encore être assez précis, assez bien déterminés pour permettre de porter le diagnostic, même dans les examens rapides qu'impose si fréquemment la pratique de la médecine d'armée.

Ils permettront tout au moins de se prononcer sur nombre d'hommes fréquemment envoyés dans les hôpitaux militaires pour attaques dites épileptiformes, lors même que les médecins n'auront pas la bonne fortune d'assister aux crises, ce qui pratiquement est la règle. On pourra ainsi éviter désormais une notable partie de ces séjours indéfinis dans les hôpitaux, que tous les médecins connaissent.

5° Des formes atténuées de l'hystérie mâle soulèvent des difficultés de diagnostic et des problèmes de médecine légale militaire dont il est impossible d'indiquer dès à présent les solutions.

6° Il conviendrait de compléter l'instruction ministérielle du 27 février 1877, sur les causes d'exemption, réforme, etc., en y faisant figurer l'hystérie. Cette instruction admettant, parmi les causes d'inaptitude au service militaire, le somnambulisme et la catalepsie, qui sont aujourd'hui considérés à juste titre comme des manifestations hystériques, il est logique de ne plus repousser la mention de la maladie, en admettant celle de ses symptômes. Mais il faut reconnaître que tous

les cas d'hystérie mâle ne paraissent pas *a priori* absolument incompatibles avec le service armé ; il est nécessaire, avant d'arrêter des dispositions définitives, de multiplier les recherches et les observations. En accumulant les faits, on arrivera, sans doute, à déterminer, comme on l'a fait pour d'autres affections, les degrés de l'hystérie compatibles avec la vie militaire et ceux qui doivent exclure formellement les sujets atteints.

7° On peut affirmer pourtant, sans attendre plus longtemps, que les paralysies hystériques survenant à l'occasion d'un traumatisme pourront entraîner, quand l'accident résultera d'un service commandé, ce que l'on appelle la réforme n° 1 avec gratification renouvelable. Elles rentreront, en effet, dans la catégorie des maladies *aggravées à l'occasion du service*. Dans aucun cas, ces paralysies ne sauraient conférer des droits à la retraite, puisqu'elles sont, de leur nature, transitoires et curables. CH. V.

---

# JOURNAUX ALLEMANDS

## NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

(1886)

C. WESTPHAL. L'EXCITABILITÉ DES NERFS ET DES MUSCLES CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

Expériences sur le cerveau d'un enfant nouveau-né, venu au monde sans crâne, et dont la plus grande partie des deux hémisphères cérébraux n'était recouverte que de la pie-mère. L'auteur a trouvé que pour l'excitation des gros troncs nerveux périphériques, de même que pour l'excitation directe des muscles, il faut de plus forts courants d'induction que chez l'adulte. Des courants qui, chez l'adulte, appliqués aux mêmes points, déterminent de fortes contractions, semblent, chez le nouveau-né, tout à fait sans action ; de très forts courants produisent seuls des contractions relativement faibles. A cet égard point de différence, semble-t-il, entre l'excitation des nerfs et celle des muscles. Westphall renvoie aux faits analogues étudiés par Soltmann sur des mammifères nou-

veau-nés. Telle était la faiblesse et la lenteur des réactions motrices chez ces animaux, que Soltmann a comparé leur myogramme à celui des animaux épuisés par la fatigue musculaire. Ces faits ont un grand intérêt si on les rapproche du développement tardif des faisceaux des pyramides, toujours incomplet au moment de la naissance.

L. Bianchi (Naples) et G. d'Abundo (Naples). Dégénérations descendantes dans le cerveau et dans la moelle épinière. Contribution a la théorie des localisations cérébrales.

Entre la doctrine de Schiff, qui ne veut voir dans la zone motrice de Hitzig et de Ferrier que le centre de la sensibilité générale du côté opposé du corps et comme la station terminale des cordons postérieurs de la moelle épinière, et la doctrine de Munk qui y localise le centre des images commémoratives de tous les modes de sensibilité générale de la moitié opposée du corps, idées d'où dérive l'impulsion motrice qui est transmise aux centres véritables du mouvement; entre la doctrine de Luciani, qui considère cette zone corticale comme un centre mixte de sensibilité et de motilité, et celle de Goltz qui admettait d'abord à peine une distinction fonctionnelle entre les lobes antérieurs et les lobes postérieurs du cerveau, il existe des divergences qui décèlent assez éloquemment la difficulté de ce problème de la vie psychique.

Il était nécessaire d'apporter de nouvelles preuves expérimentales et plus objectives que celles qu'on obtient par la simple considération d'animaux mutilés du cerveau, pour déterminer le véritable rôle physiologique de la zone dite motrice. Vulpian, Frank et Pitres, Gudden, Monakow, Loewenthal et Marchi ont déjà ouvert la voie. Mais c'est Binswanger qui a d'abord exactement traité cette question, en croyant montrer que les lésions de l'écorce seule n'étaient pas suivies de dégénérations descendantes consécutives, contrairement à ce qu'enseigne Charcot et son école. Les résultats de Bianchi et d'Abundo sont en contradiction absolue avec ceux de Binswanger. Il va sans dire que ces auteurs ont eu grand soin d'éviter, dans leurs expériences, toute lésion des faisceaux sous-jacents de l'écorce de la zone motrice, autrement les dégénérations consécutives auraient pu être attribuées à la lésion de ces faisceaux et non à celle de l'écorce cérébrale.

Le but de leurs recherches n'était pas exclusivement de déterminer la valeur physiologique des différentes zones cor-

ticales, mais de suivre dans les différentes régions du cerveau, du mésocéphale et de la moelle épinière le parcours des fibres dégénérées consécutivement à l'ablation de certaines zones de l'écorce cérébrale. Les auteurs ont ainsi détruit le lobe frontal, le gyrus sigmoïde et le lobe occipital sur des chiens et des chats, nouveau-nés ou adultes. Ayant pu garder les animaux en vie depuis quelques semaines jusqu'à deux ans, ils ont étudié la symptomatologie de ces lésions dans ses phases différentes, puis, après le sacrifice de ces animaux, ils ont pratiqué des coupes horizontales et verticales dans le cerveau, le mésocéphale et la moelle. Ils ne s'occupent dans cette première communication que de la zone dite motrice.

Les symptômes qui se manifestèrent après la destruction de la substance grise du gyrus symoïde sont bien connus : parésie véritable des membres de la moitié opposée du corps, parésie correspondant plus à l'extension de la lésion en étendue qu'en profondeur, et à laquelle s'ajoutait une sorte de contracture latente, qui ne se montrait que lorsque l'animal voulait exécuter un mouvement insolite. Peu ou point de trouble de la sensibilité cutanée, qui la plupart du temps demeura conservée. L'abolition du mouvement volontaire était complète. Ces phénomènes étaient permanents. Les troubles de la vision sont toujours notables lorsque la deuxième circonvolution externe est lésée là où elle confine au gyrus sigmoïde; les symptômes ne disparaissent qu'après des semaines et des mois : ils consistent dans une hémianopsie homonyme ; la moitié externe de la rétine du côté de la lésion et la moitié interne du côté opposé sont frappées de cécité; les troubles de l'œil du côté opposé sont naturellement toujours plus notables que ceux de l'œil du même côté que la lésion. Chez quelques chiens, on croirait à une cécité de tout le champ visuel de l'œil du côté opposé; mais, en cherchant mieux, on constate l'hémianopsie. S'agit-il ici d'une cécité psychique ou d'une cécité absolue, les impressions lumineuses ou la perception des distances font-elles défaut, c'est ce que les auteurs n'examinent pas.

La lésion corticale du gyrus sigmoïde et de la zone environnante révèle donc ce qui suit à l'examen microscopique : du point lésé part un faisceau de fibres dégénérées dont la plus grande partie occupe le centre semi-ovale, la capsule interne, le pied du pédoncule cérébral et toute la portion motrice des pyramides correspondant au côté opposé. Au lieu d'entrecroi-

sement des pyramides, on voit le faisceau pyramidal dégénéré passer du côté opposé. Dans le cerveau et dans la moelle épinière on observe en outre la dégénération du faisceau de Türck.

Bref, 1° comme les fibres nerveuses immédiatement sous-jacentes à l'écorce n'ont pas été lésées, il faut nécessairement attribuer la dégénération à la lésion de l'écorce; 2° la possibilité de suivre jusque dans l'écorce du cerveau le trajet des fibres dégénérées, est la meilleure preuve que ces fibres sont dans le plus étroit rapport avec l'écorce en partie détruite et forment avec elle un seul et unique système; on démontre ainsi ce que Flechsig avait seulement prévu dans ses importants travaux sur le développement embryologique des différents systèmes de fibres dans la moelle épinière et dans le cerveau; 3° le corps strié, contrairement à ce que Wernicke a voulu prouver, est en connexion intime avec la zone corticale lésée au moyen d'un système de fibres de la couronne rayonnante (distinct du faisceau pyramidal), et cela d'accord avec la doctrine de Meynert : il s'atrophie consécutivement aux lésions destructives de la zône motrice; 4° si le faisceau pyramidal est moteur, le centre cortical dont il émane ne peut être qu'un centre moteur, ce qui ne permet pas de considérer ce centre comme un centre de sensibilité générale, soit au sens de Schiff, soit au sens de Munk; 5° ce centre moteur n'est pas seulement le plus élevé des centres moteurs (la marche, le saut, la course ne sont pas empêchés chez le chien par sa lésion, mais bien les mouvements moins habituels et moins organisés) : il est aussi la source véritable de la force nerveuse, et sa destruction détermine une paralysie réelle dans les membres du côté opposé; 6° les chiens dont la zone motrice a été détruite ne perdent rien ou très peu de leur vie intellectuelle, ils conservent les mêmes instincts, la même humeur; ils sont fidèles, dévoués, attachés comme avant, plus même qu'avant; ils se nourrissent bien et se reproduisent, mettent au monde des petits épileptiques; 7° la restitution d'une partie des phénomènes, qui s'amendent dans la première semaine qui suit l'opération, ne peut être effectuée ni par le noyau caudé ni par le noyau lenticulaire, car l'hyperfonction ne saurait aller de compagnie avec l'hypotrophie et la dégénération. Ce qui ressort donc de l'observation, c'est l'idée de la suppléance fonctionnelle de l'écorce cérébrale elle-même.

Comme preuve des localisations cérébrales, les auteurs pourraient encore montrer, en terminant, que les lésions destructives des lobes occipitaux produisent un complexus de symptômes très différents de celui qu'on observe dans les lésions de la zone motrice, et que les dégénérations consécutives suivent un trajet fort éloigné de celui de la voie des pyramides; ils reviendront à loisir sur ce sujet.

W. Bechterew et Misslawsky. Influence des parties centrales du cerveau sur la pression sanguine et l'activité cardiaque.

Les auteurs complètent leurs recherches expérimentales touchant l'influence de l'écorce cérébrale sur la pression sanguine et l'activité cardiaque : ils ont dans le même but excité les parties centrales du cerveau. L'élévation de la pression sanguine a été surtout très nette dans l'excitation des couches optiques, du globus pallidus du noyau lenticulaire et de la plus grande partie de la capsule interne; l'effet le plus faible fut obtenu par l'excitation du noyau caudé. Comme ces résultats demeurent les mêmes lorsque les centres moteurs de l'écorce ont été préalablement enlevés, et que la dégénération secondaire de la voie des pyramides s'en est suivie, il est évident que les ganglions centraux du cerveau ont une action immédiate sur la pression sanguine. Donc, les faisceaux nerveux qui relient l'écorce des hémisphères cérébraux aux ganglions centraux doivent servir aussi à la propagation des impulsions qui, de l'écorce cérébrale, retentissent sur le tonus vasculaire, et cela en dehors de la voie des pyramides.

Outre les voies nerveuses qui modifient la pression sanguine, il existe encore dans l'écorce des hémisphères cérébraux des nerfs qui agissent sur l'activité du cœur, soit pour l'accélérer, soit pour l'arrêter : ces faisceaux nerveux sont répartis dans les régions antérieures des hémisphères.

Jules Soury.

## NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

(Année 1887. N° 2)

Sur le moment où il est indiqué d'intervenir par un traitement électrique dans les phlegmasies aigues du système nerveux, par le Dr Friedlander.

L'auteur voudrait lutter contre l'opinion très répandue d'après laquelle il ne faut intervenir par le traitement gal-

vanique, dans les phlegmasies aiguës du système cérébro-spinal, que lorsque le stade inflammatoire est passé, de peur d'augmenter encore la fièvre par ce traitement précoce. Or, cette opinion, erronnée d'après l'auteur, s'est formée du temps où l'on ne connaissait que l'effet excitant et hypérémiant du courant galvanique sur le système nerveux et où l'on ignorait que ce même agent, bien employé, peut produire des effets juste opposés, calmer la phlegmasie et décongestionner les parties hypérémiées. Dans les dix dernières années, l'électrothérapie a fait de grands progrès, et grâce à l'introduction d'une unité électrique (milli-ampère), on peut, maintenant, doser l'électricité comme tout autre médicament.

Ces progrès ont permis à tous ceux qui s'occupent d'électrothérapie, de préciser les conditions nécessaires pour arriver, par ce traitement, au meilleur résultat possible. La conclusion à laquelle ils sont tous arrivés, est que le résultat obtenu n'est nullement en rapport avec l'intensité du courant employé et que le mode de traitement, de beaucoup le plus sûr dans la grande majorité des cas, c'est l'emploi d'un courant faible et de courte durée. A cette condition, dit F..., il n'est jamais trop tôt d'intervenir dans les cas de myélite, d'encéphalite, etc. A l'appui de son opinion, l'auteur rapporte l'observation d'un cas de myélite aiguë traité dès les premiers jours par l'électricité, à l'exclusion de tout autre agent thérapeutique. Il s'agit d'un enfant de 11 ans tombé malade le 23 août 1886. Au début, symptômes de gastrite aiguë : nausées, vomissements, céphalalgie intense et 39° de température ; les jours suivants, la fièvre diminue et des troubles moteurs apparaissent au membre supérieur gauche d'abord, et bientôt aussi au bras droit. En même temps douleur vive à la pression, au niveau des apophyses épineuses des vertèbres cervicales et dorsales supérieures. Réflexes tendineux abolis aux membres supérieurs, conservés aux membres inférieurs ; sensibilité normale, pas de troubles du côté des sphincters.

Le traitement électrique fut institué aussitôt et appliqué de la manière suivante : chaque jour une séance de 2 minutes et, pendant chacune de ces séances, trois applications sur trois points successivement descendants, de 45 secondes de durée chacune ; l'anode à la nuque sur des points graduellement descendants, le katode, d'abord, au sternum et ensuite

à l'épigastre. L'intensité du courant employé était de 2, 5 milliampère pendant la première application et de 3 milliampères pendant les deux dernières.

Dès les premiers jours, l'état général du malade s'améliora; la température redevint normale et l'appétit excellent; néanmoins, les troubles moteurs montraient une certaine tendance à gagner les membres inférieurs. Grâce au traitement décrit, ces troubles n'allèrent pas au delà de quelque faiblesse dans certaines articulations des membres inférieurs, tandis que les troubles des membres supérieurs disparaissaient graduellement et dans l'ordre inverse de leur apparition.

Après 12 semaines, on fut obligé de suspendre le traitement; à ce moment, les mouvements étaient revenus dans les membres supérieurs, et, de ce côté, il ne restait qu'une légère atrophie du deltoïde gauche, sans réaction de dégénérescence et par conséquent d'un pronostic bénin. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont revenus; aux membres inférieurs il ne restait qu'une faiblesse à peine marquée au genou gauche. Il faut ajouter que l'état général du malade n'a pas cessé un instant d'être excellent; la nutrition était bonne et le malade a engraissé pendant son traitement.

L'auteur est loin d'attribuer ces bons résultats uniquement au traitement galvanique; il n'ignore pas qu'on a vu des cas de myélite aiguë guérir sans aucun traitement. Mais il n'en résulte pas moins de cette observation que l'opinion d'après laquelle l'intervention du traitement électrique, dès le début d'une phlegmasie aiguë du système nerveux est nuisible, n'est nullement justifiée. L'intervention ne sera jamais précoce, à la condition qu'elle soit faite avec les précautions voulues; et qui sait, dit l'auteur en terminant, si les suites de tel cas d'apoplexie ou le cours de tel cas de tabes dorsalis, n'auraient pas changé d'aspect si les malades s'adressaient à temps à l'effet bienfaisant du courant galvanique?

## SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DES MALADIES NERVEUSES DE BERLIN

(Séance du 10 janvier 1887. No 3)

Le prof. Westphal présente des préparations histologiques de moelle provenant d'un paralytique qui offrait pendant sa vie une abolition du réflexe rotulien du côté gauche, avec

conservation du même réflexe du côté droit. Les préparations montrent une dégénération bilatérale de la moelle, avec cette différence que du côté gauche la dégénération est plus prononcée et dépasse la zone, désignée par Westphall, comme siége de la lésion, dans ses travaux antérieurs sur le même sujet (partie externe des cordons postérieurs de la région lombaire).

Kœnig rapporte deux cas de lésion de la zone motrice suivis d'autopsie. Dans le premier, il s'agit d'un homme âgé de 34 ans, tombé en démence depuis l'âge de 12 ans, à la suite d'une chute sur la tête. Au moment de l'examen, le malade présente une hémiparésie droite, s'étendant au facial, à l'hypoglosse et aux extrémités, et une aphasie motrice ; en même temps, la sensibilité à la douleur est diminuée dans le côté parésié. A l'autopsie du malade, mort d'une pneumonie, on trouve un cerveau diminué de volume, les ventricules très dilatés et les circonvolutions centrales gauches sclérosées. L'examen microscopique démontre une disparition presque complète de cellules dans les couches superficielles de la région sclérosée, et une déformation considérable des cellules des couches profondes de la même région. Substance blanche complètement intacte ; pas de dégénérescence secondaire.

Dans le second cas, il s'agit d'un malade qui présentait des accès d'épilepsie jacksonienne, commençant par le membre inférieur gauche et s'étendant de là aux autres extrémités ; il y avait en même temps une hémiparésie gauche, et, dans les derniers moments de sa vie, diminution de la sensibilité à la douleur du même côté. L'autopsie montre un gliome siégeant sur les circonvolutions motrices gauches (?) et l'examen microscopique démontre l'existence d'une dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal.

M. Kœnig se croit autorisé à tirer de ces deux cas les conclusions suivantes :

1° Une lésion limitée à la substance grise de la zone motrice, sans participation de la substance blanche peut produire une hémiparésie ;

2° Cette lésion peut produire une diminution de la sensibilité à la douleur ;

3° La dégénérescence secondaire est de règle dans ces cas, et, si on ne la trouve pas toujours, la faute en est à nos moyens de coloration très imparfaits.

M. Oppenheim fait remarquer que les deux cas rapportés

par M. Kœnig sont impropres pour servir d'argument dans la question des localisations cérébrales, vu que, dans le premier, il s'agit probablement d'une encéphalite diffuse, et, dans le second, d'une tumeur cérébrale.

Koenig ne peut pas admettre l'opinion de Oppenheim en ce qui concerne le premier malade. Le professeur Westphal se range à l'avis d'Oppenheim, et croit qu'on ne doit pas invoquer les cas de tumeurs cérébrales comme argument dans la question des localisations.

Otto présente plusieurs préparations histologiques très rares ; trois cas d'hétérotopie de la substance grise et un cas d'hyperplasie de l'écorce cérébrale.

## ARCHIV FUR PSYCHIATRIE

(V. XVIII, nº 1, 87)

### SUR LES MODIFICATIONS QUE SUBISSENT LES HALLUCINATIONS DE L'OUÏE SOUS L'INFLUENCE DU COURANT GALVANIQUE, par le Dr FISCHER.

L'auteur rapporte deux cas dans lesquels la galvanisation cérébrale a produit des résultats opposés en ce qui concerne les hallucinations de l'ouïe. Dans le premier cas il s'agit d'un homme atteint de délire de persécution. Dès son enfance, cet homme souffrait d'une douleur à la partie postérieure de la tête, à irradiations multiples; il était souvent en proie à des obsessions qui l'empêchaient de poursuivre librement le cours de ses idées. Plus tard, le délire de persécution survint compliqué d'agoraphobie, et à mesure que le délire se développait le mal de tête augmentait d'intensité.

La galvanisation cérébrale (8 élément de Stöhrer, An au front, Ka à la nuque, durée de chaque séance 2 minutes) apporte un soulagement immédiat de la douleur et améliore l'état mental du malade.

Le traitement est interrompu pendant trois semaines par suite d'une bronchite intense avec accès d'asthme; après ces trois semaines la douleur de tête est revenue; en même temps le malade est retombé dans sa dépression; le même traitement est institué de nouveau : même résultat que la première fois, le malade est très soulagé; mais quelques jours plus tard après une séance de galvanisation, le malade est pris subitement de douleurs abdominales très vives, de palpitations

avec angoisse précordiale, et quelque temps après il présenta des hallucinations de l'ouïe très nettes et une acuité auditive tout à fait anormale.

Trois jours après cet accident, on fut obligé de suspendre le traitement galvanique, sur la demande du malade.

L'auteur ne doute pas que dans ce cas les hallucinations de l'ouïe ont été provoquées par le courant galvanique agissant sur un cerveau surexcité.

Le second malade dont l'auteur rapporte l'histoire est un homme de 42 ans, qui, après trois attaques de manie, est tombé dans une mélancolie profonde avec hallucinations de l'ouïe très intenses, qui ne lui laissaient pas un instant de repos. Le malade prétendait que ces hallucinations augmentaient par l'effet de la mastication, aussi se refusait-il à prendre des aliments en quantité suffisante; il ne tarda pas à tomber dans une anémie profonde. Le traitement galvanique a fait disparaître assez rapidement les hallucinations de l'ouïe, dont il ne resta bientôt qu'une certaine tendance à l'interprétation des bruits perçus dans le sens des mots prononcés au lointain ; en même temps l'état général du malade s'améliora aussi.

En rapprochant ces deux cas, on voit qu'il y a des conditions dans lesquelles la galvanisation cérébrale a pour résultat de provoquer des hallucinations de l'ouïe là où il n'en existait pas, et il y en a d'autres dans lesquelles cette même galvanisation fait disparaître les hallucinations qui durent depuis un certain temps. Quelle est la raison de cette différence d'action du même agent dans ces deux cas ? L'auteur croit pouvoir conclure, en raison de son expérience personnelle, que cette différence tient uniquement à l'état où se trouve le cerveau au moment de l'application du courant galvanique. Lorsque ce courant traverse un cerveau en état de surexcitation (1er cas), il peut provoquer des hallucinations de l'ouïe, tandis que ce même courant, agissant sur un cerveau en état de calme relatif ou de torpeur (2me cas, où le traitement ne fut appliqué que lorsque le malade était très animé), peut faire disparaître ces hallucinations.

ARCH. FUR PSYCHIATRIE

(Band. XVIII, nº 1).

Sur la nature de la paralysie saturnine, par le Dr Osv. Viérordt.

L'auteur rapporte l'histoire d'une paralysie saturnine s'étendant aux fléchisseurs de l'avant-bras; les extenseurs de l'avant-bras étaient à la fois paralysés et notablement atrophiés. La malade est morte d'urémie, et à l'autopsie on trouva les circonvolutions cérébrales un peu aplaties par suite de l'œdème; la moelle ne présenta aucune lésion macroscopique, mais le nerf radial, frappait par sa minceur. Les extenseurs de l'avant-bras étaient diminués de volume et d'une couleurs jaune pâle. L'examen microscopique ne démontra aucune lésion du côté de la moelle épinière, mais il y avait une dégénération très marquée du nerf radial, ainsi que du cubital et du médian, quoique moins prononcée dans ces deux derniers nerfs.

L'auteur fait d'abord remarquer que dans ce cas la paralysie avait une certaine tendance à se généraliser vers les fléchisseurs de la main, ce qui est rare, d'après la majorité des auteurs.

M. Viérordt croit que cette extension de la paralysie saturnine aux autres muscles que les extenseurs, n'est pas aussi rare qu'on le croit; et si on ne note pas plus souvent cette extension, c'est qu'il est difficile de se rendre un compte exact de l'état d'un muscle dont l'antagoniste est paralysé, et on est toujours porté à le croire normal pourvu qu'il se contracte, même lorsque cette contraction est bien plus faible qu'à l'état normal. Il croit qu'on serait plus à même de juger ce point, en ayant recours à l'examen électrique des fléchisseurs. Quoiqu'il en soit, il n'en reste pas moins vrai que la paralysie débute par les extenseurs et y prédomine si elle ne s'y limite pas toujours.

Quant à la cause de cette prédominance, l'auteur incline à croire qu'elle a sa raison dans ce fait probable que les extenseurs travaillent plus que les autres groupes musculaires de l'avant-bras; il rappelle le fait, noté par Manouvriez, que chez les gauchers la paralysie prédomine à l'avant-bras gauche. Quant au mécanisme intime de l'action du plomb sur le système nerveux et musculaire, l'auteur se le présente de la façon suivante : le métal agit, à la fois et uniformément, sur la cellule des cornes antérieures de la moelle, le nerf moteur et la fibre musculaire; son action a pour effet de diminuer l'intensité de l'impulsion motrice et trophique du centre (cellule des cornes antérieures) et d'augmenter (en même temps) la résistance de la fibre nerveuse et musculaire (endomma-

gées) au passage de cette impulsion ; ce double effet se fait sentir plus tôt aux parties périphériques, aussi est-ce par ces parties que commence la dégénération (fibre musculaire ou plaque terminale des nerfs moteurs) ; mais cette dégénération peut remonter plus ou moins haut et peut même atteindre la cellule centrale (cas d'Oppenheim). L. KLEIN.

---

# JOURNAUX AMÉRICAINS

## AMERICAN JOURNAL OF INSANITY

### Juillet 1886

RAPPORTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE LA FOLIE SYPHILITIQUE, par le Dr HENRY M. HURD, directeur de l'asile Eastern Michigan, Pontiac.

Par l'examen des diverses formes de folie d'origine syphilitique, et notamment de ce qu'il appelle *la syphilis cérébrale à forme congestive*, l'auteur cherche à démontrer qu'il y a des liens de parenté entre cette maladie et la paralysie générale progressive. Le traitement montre qu'il s'agit de syphilis, et certains symptômes, aussi bien que certaines lésions cérébrales, se rapportent à la paralysie générale. Ces symptômes sont : l'inégalité des pupilles, l'embarras de la parole, des attaques congestives épileptiformes. Parmi les symptômes qui permettent de préciser la nature spéciale de la maladie, M. le Dr Henry M. Hurd signale les idées de grandeur qui sont moins extravagantes et moins persistantes que dans la forme essentielle, et parfois aussi l'existence d'idées de crainte et d'idées de persécutions.

L'ÉDUCATION DANS SES RAPPORTS AVEC LA SANTÉ, par le Dr DANIEL CLARK, directeur de l'asile d'aliénés de Toronto, Ontario.

Excellent article où l'auteur établit que, dans l'éducation, il faut tenir compte du développement du cerveau et de sa force de résistance. Il formule ainsi ses idées sur la conduite à tenir à l'égard de l'enfant :

1° Il ne faut donner que des leçons de choses jusqu'à l'âge de six ans ;

2° Jusqu'à l'âge de neuf ans, des leçons de choses, la lecture et l'écriture ;

3° Jusqu'à l'âge de douze ans, la lecture, l'écriture, l'arithmétique élémentaire et la géographie ;

4° Jusqu'à l'âge de quinze ans, les mêmes objets d'étude, avec l'histoire et la grammaire ;

5° A partir de quinze ans, garçons et filles se livreront aux études spéciales qui conviennent à leur sexe, à leurs aptitudes et à leur profession future ;

6° Aucun travail du soir ne doit être permis avant l'âge de quinze ans ;

7° La durée des classes sera de trois heures par jour jusqu'à neuf ans, quatre jusqu'à douze ans, six jusqu'à quinze ans ;

8° Après quinze ans, l'étude et les occupations matérielles doivent s'entremêler suivant les circonstances.

Il n'est malheureusement pas possible, avec les nécessités sociales actuelles, d'appliquer d'aussi bonnes dispositions des études aux enfants qui se destinent aux carrières libérales. Mais pour les autres elles auraient pleinement leur raison d'être.

Étude historique sur l'assistance des aliénés dans l'État de New-York, par le Dr Stephen Smith, inspecteur des asiles d'aliénés.

Le premier article de loi sur les aliénés, formulé dans l'État de New-York, date de 1788. Il est sévère. Les fous furieux, y est-il dit, seront appréhendés par les agents de police, renfermés en lieu sûr et enchaînés au besoin.

On agissait alors à l'exemple de l'Angleterre, et les aliénés, renfermés dans de véritables geôles, abandonnés à eux-mêmes, étaient dans un état misérable. En 1791 fut ouvert le premier hôpital de New-York, où d'après ce que l'on croit, les premiers admis furent des aliénés. Cependant ceux-là ne furent guère mieux traités que les autres ; ils furent mis en cellule et enchaînés. Les heureux résultats obtenus à la Retraite d'York, en Angleterre, furent bientôt connus en Amérique, et, en 1806, on décida de construire un asile spécial pour les aliénés. Cet asile, ouvert en 1808, où les malades furent traités d'après les nouveaux principes indiqués par l'humanité et par la science, servit jusqu'en 1821, époque où il fut remplacé par l'asile actuel de Bloomingdale. En 1809 fut promulguée la première loi sur l'assistance des aliénés :

indigents ; les inspecteurs des pauvres devaient pourvoir à leur pension dans l'asile. Jusqu'en 1827, les aliénés qui n'étaient point admis dans l'asile, continuèrent d'être traités d'après les déplorables errements d'autrefois. Mais alors des mesures furent prises pour faire cesser un tel état de choses. Bloomingdale fut l'objet de toutes les améliorations possibles : on y créa une infirmerie pour les maladies accidentelles, et chaque malade eut un gardien spécial ; les moyens de contrainte devinrent d'un usage beaucoup plus restreint ; on s'appliqua à former les surveillants et les gardiens. — En 1842, on ouvrit l'asile d'Utica, établi dans des conditions encore meilleures que le précédent. En même temps, on faisait de nouveaux efforts pour améliorer la situation des aliénés retenus dans les hospices d'indigents. — Actuellement l'organisation du service des aliénés dans l'Etat de New-York présente les meilleures garanties. Une de ses acquisitions les plus heureuses est la création d'écoles d'infirmiers, qui rendent les plus grands services.

De l'exercice de la mémoire comme mode de traitement des aliénés, par le Dr John W. Gioven, premier adjoint de l'asile de l'État d'Oregon, Salem.

Ici sont relatées deux observations dans lesquelles l'auteur a obtenu de bons résultats d'un exercice consistant à faire apprendre par cœur aux malades des morceaux de prose ou de poésie. Ces malades, deux femmes atteintes de lypémanie, arrivèrent à la guérison. Un exercice de ce genre rentre dans la série des influences morales, et ne peut évidemment convenir qu'à un petit nombre de cas.

## *Faits cliniques*

Histoire de William B..., atteint d'imbécillité morale, par le Dr C.-K. Clarke, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Kinsgton, Ontario.

Ce William B... était un homme d'instincts sanguinaires, qui commit plusieurs meurtres ou tentatives de meurtres. Il se plaisait à torturer et tuer les animaux. La vue du sang l'excitait et lui causait un certain plaisir. Après qu'il eut été plusieurs fois condamné pour ses actes par les tribunaux, on s'est demandé s'il n'était point atteint d'un certain genre d'aliénation mentale, bien que, d'une manière générale, son intelligence parût suffisamment normale. M. le Dr Clarke fait

ressortir que B... présentait certaines taches héréditaires ; que les mauvais instincts s'étaient manifestés en lui dès le jeune âge ; que son sens moral était fort obtus ; que, dans les périodes où il commettait ses actes criminels, il présentait des phénomènes alternatifs d'excitation et de dépression ; qu'enfin il semblait réellement dominé par des impulsions irrésistibles. D'après ces données, M. le docteur Clarke conclut à la folie. Comme il arrive souvent en pareille circonstance, l'opinion publique s'est trouvée en désaccord avec l'opinion du Dr Clarke et de plusieurs autres médecins spécialistes.

## THE NEW-YORK MEDICAL JOURNAL

17 juillet 1886

LA FOLIE CHEZ LES GENS DE COULEUR, par le Dr J.-M. BUCHANAN, médecin adjoint de l'asile d'aliénés East Mississipi, Meridian.

Les tableaux de statistique des États-Unis indiquent un accroissement rapide de la folie chez les nègres. En 1860, la proportion était de un pour 5,799 ; en 1870, un pour 2,695 ; en 1880, un pour 1,096.

Avant leur émancipation, les nègres étaient rarement atteints de folie. Par suite, l'hérédité, la prédisposition, le changement de climat n'ont eu sur eux qu'une faible influence. Au dire de certains voyageurs, la folie est rare parmi les peuplades africaines. Il faut donc chercher d'autres causes à ce développement rapide de la folie chez ces individus nouvellement émancipés.

Il semble évident que la liberté et les avantages de la civilisation ont été fatals aux nègres. Incapables de réfréner leurs penchants, ceux-ci se sont promptement adonnés à tous les excès, notamment aux excès d'alcool. — En outre, la plupart d'entre eux, incapables de se diriger, d'organiser leur existence, sont tombés dans une vie misérable. Telles ont été les causes générales du développement excessif de la folie parmi eux.

Chez les nègres aliénés, les tendances homicides sont communes ; les idées de suicide sont rares. La démence, la lypémanie, le délire des persécutions, le délire des grandeurs sont les formes de folie les plus ordinaires qu'ils présentent.

Enfin, moins accessibles au traitement que les aliénés de-

race blanche, ils sont aussi plus difficiles à guérir, et les rechutes leur sont très habituelles.

Jusqu'ici nègres ou blancs ont été confondus dans les asiles d'aliénés. M. le Dr Buchanan est d'avis que cette confusion est nuisible aux uns et aux autres, et que chaque race devrait avoir ses asiles.

En lisant le mémoire de M. le Dr Buchanan, on pourrait se demander si on n'a pas rendu aux nègres d'Amérique un très mauvais service en décidant leur émancipation. M. le Dr Buchanan va en quelque sorte au-devant de cette considération ; et tout en constatant que les nègres, par le fait de leur conformation cérébrale, sont moins accessibles que les blancs à une bonne éducation, il pense que si, avec le temps, on parvient à les instruire et à leur donner des idées morales qui leur font presque absolument défaut, on les mettrait en état d'échapper à toutes les causes de folie qui pèsent sur eux.

## THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE

### Janvier à juillet 1886

Contribution a la pathologie de l'hemianopsie d'origine centrale (hemianopsie corticale), par le Dr E. C. Séguin.

S'appuyant sur un fait qu'il a observé et sur l'analyse de quarante-cinq cas empruntés à divers auteurs, M. le Dr Séguin fait une étude assez complète de l'hémianopsie corticale. Voici ses principales conclusions :

L'hémianopsie latérale indique toujours une lésion intracranienne, siégeant à l'opposé du champ d'obscurcissement de la vision.

L'hémianopsie latérale avec immobilité de la pupille, névrite ou atrophie optique, est due à la lésion d'un faisceau du nerf optique, ou bien à la lésion d'un des centres optiques.

L'hémianopsie latérale avec hémianesthésie et mouvements choréiformes ou tétaniques, est due probablement à une lésion postéro-latérale de la couche optique ou de la partie postérieure de la capsule interne.

Si elle s'accompagne d'hémiplégie complète et d'hémianesthésie, elle est causée probablement par une lésion plus généralisée de la capsule interne.

L'hémianopsie latérale avec hémiplégie, aphasie, anesthésie légère ou même nulle, est due certainement à une lésion

superficielle de la région où se distribue l'artère cérébrale moyenne.

Accompagnée de parésie légère, et notamment de la perte du sens musculaire, elle indique une lésion probable du lobule pariétal inférieur.

Lorsqu'elle existe dans d'autres troubles de la sensibilité ou de la motilité, elle semble due à une lésion du lobule cunéiforme, siégeant dans l'hémisphère opposé au côté où siège le trouble de la vision.

Epilepsie d'origine traumatique ; trépanation ; guérison, par le Dr Charles K. Mills et le Dr J. William White.

Un coup de pistolet avait déterminé une fracture de la voûte du crâne ; les fragments osseux avaient amené l'irritation de la dure-mère et des accidents convulsifs.

La sensibilité gustative dans ses rapports avec la paralysie du trijumeau, par le Dr C. L. Dana.

M. le Dr Dana ayant observé un malade, atteint de paralysie du trijumeau et ayant présenté ensuite de l'hémiplégie alterne, chez lequel il n'y eut aucun trouble du goût et de l'odorat, compare son observation avec celles du même genre qui ont été rapportées par Gowers, Grasset, etc., et où l'anesthésie des sens spéciaux accompagnait la paralysie. Il formule cette conclusion, que si la perte du goût accompagne la paralysie du trijumeau, celle-ci est due sans doute à une lésion périphérique ; dans l'autre cas il s'agit probablement d'une lésion centrale.

Note sur l'emploi de l'électricité dynamique en thérapeutique, par le Dr M. R. Crain.

L'auteur croit cet emploi difficile et donne quelques indications sur un appareil spécial qu'il a construit.

Maladies de l'œil sous la dépendance de l'hystérie, par le Dr Ch. Landesberg.

Relation pure et simple de six observations concernant : 1° spasme des muscles de l'accommodation, simulant une myopie très forte ; contracture spasmodique du droit interne ; 2° asténopie rétinienne ; troubles de l'accommodation ; 3° névralgie des corps ciliaires ; 4° amblyopie, hémianopsie et daltonisme ; 5° amaurose instantanée intermittente ; 6° rétrécissement concentrique du champ visuel.

Dans tous les cas, la guérison survint aisément et d'une façon plus ou moins inopinée.

TROUBLES VASO-MOTEURS ET TROPHIQUES D'ORIGINE NERVEUSE CENTRALE, par le Dr ALLEN STARR.

Il s'agit d'ulcérations survenues au bout des doigts chez une femme qui avait eu maintes fois des convulsions. Elle ne présentait aucun autre signe de lésions centrales.

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LES NÉVROSES GÉNITALES RÉFLEXES CHEZ LA FEMME, par le Dr PAUL F. MUNDÉ.

Les organes génito-urinaires sont souvent, chez la femme, le point de départ de névroses réflexes. L'auteur divise ces névroses en deux groupes, les unes psychiques, les autres physiques ; ces dernières sont locales ou périphériques.

Les névroses physiques locales comprennent l'irritabilité de la vessie, le ténesme du col vésical, le prurit vulvaire, le vaginisme, les diverses sensations hypogastriques, les douleurs lombaires, les douleurs ovariennes.

Les névroses physiques périphériques comprennent la migraine, les troubles divers de la vision, du larynx et du pharynx, et certains désordres des fonctions digestives.

Les névroses psychiques présentent au premier rang l'hystérie et même l'hystéro-épilepsie ; différentes formes d'hypocondrie et de mélancolie ; des vertiges ; quelquefois aussi de l'aphasie et de l'obtusion intellectuelle.

Toutes ces névroses peuvent disparaître promptement si l'on dirige sur les parties malades des organes genito-urinaires un traitement approprié.

Six observations significatives complètent les développements dans lesquels M. le Dr Mundé est entré.

CONTRIBUTION A LA THÉRAPEUTIQUE NEUROLOGIQUE, par le Dr S.-V. CLEVENGER.

Il s'agit principalement ici de l'ergot de seigle, dont le Dr Clevenger a fait un usage très avantageux dans bon nombre de maladies nerveuses. Le Dr Clevenger préfère l'extrait aqueux à l'ergotine ; les effets en sont plus certains.

CAS D'IMBÉCILLITÉ MORALE, par le Dr JAS. G. HIERNAN.

Le malade avait des impulsions dont il reconnaissait lui-même le caractère impérieux et l'immoralité. C'était cependant un véritable aliéné.

NOTE SUR LES CONFLUENTS DE MAGENDIE, par le Dr BURT G. WILDER, professeur d'anatomie comparée à l'Université Cornell.

De Dr Wilder ayant conçu des doutes sur l'existence de ces confluents au niveau du quatrième ventricule, s'est livré à de

nouvelles recherches sur l'homme et sur le chat. Il dit en avoir reconnu l'existence chez l'homme, mais que, chez le chat, ils n'existent pas.

HEMIANOPSIE CAUSÉE PAR UN ABCÈS DU LOBE OCCIPITAL, par le Dr E. G. JANEWAY.

L'hémianopsie affectait le côté gauche du champ visuel. L'abcès siégeait dans le lobe occipital droit. Le lobe gauche était sain.

LA SCISSURE PAROCCIPITALE, par le Dr BURT G. WILDER.

Etude anatomique de la scissure occipitale transverse, que M. le Dr Wilder dit avoir été imparfaitement décrite par Ecker. Cette scissure se composerait de deux parties, dont il décrit, sous le nom de paroccipitale, celle qui a été omise dans les descriptions précédentes et qui se trouve en dehors de la scissure occipitale proprement dite.

ÉTAT DU FOND DE L'ŒIL DANS LA MANIE AIGUE. OBSERVATIONS CLINIQUES, par le Dr ALICE BENNETT. EXAMENS OPHTALMOSCOPIQUES, par le Dr LOUIS J. LAUTENBACH.

Les auteurs ont réuni 103 observations de manie aiguë, dans lesquelles le Dr Lautenbach a fait l'examen ophtalmoscopique.

Le tableau suivant résume les lésions qui ont été reconnues.

| | Etat normal | Cataracte | Hyperémie de la rétine | Congestion de la rétine | Rétinite | Atrophie légère | Atrophie | Choroïdite | Ischiémie de la rétine | Totaux |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Première attaque de manie aiguë | 3 | 1 | 8 | 13 | 10 | 10 | 3 | 1 | 1 | 50 |
| Attaques subséquentes | 9 | 1 | 9 | 11 | 8 | 3 | 9 | 3 | 0 | 53 |
| Totaux...... | 12 | 2 | 17 | 24 | 18 | 13 | 12 | 4 | 1 | 103 |

ÉTUDE THÉORIQUE SUR LA CAUSE DE L'ÉLECTROTONUS, par le Dr BETTON MASSEY.

TIC CONVULSIF DE LA PAROLE AVEC COPROLALIE, par les Drs C. L. DANA et W. P. WILKIN.

Histoire d'un enfant de douze ans, très arriéré, sujet aux convulsions dans son jeune âge, qui fut pris inopinément d'un

tic convulsif consistant à prononcer rapidement quelques mots obscènes ou grossiers, les répétant d'une façon automatique. Ce fait est analogue à ceux que Gilles de la Tourette a étudiés, en 1885, dans les Archives de Neurologie, sous le titre de : « *Incoordination motrice avec écholalie et coprolalie.* »

La folie suivant les races, par le Dr Jos. G. Kiernan.

Trois articles parus dans le 1er semestre 1886 commencent une série d'études de psychiatrie ethnologique, où l'auteur se propose de comparer l'influence des diverses races, des diverses nationalités, sur le développement et les formes de la folie dans la population américaine. Les détails sont abondants et ne permettent guère l'analyse. En regard les unes des autres sont mises la race anglo-saxonne, la race germanique, la race celtique, la race latine et la race nègre.

Du massage dans les maladies nerveuses, par le Dr George W. Jacoby.

Dans cette étude, qui n'est pas terminée, l'auteur examine les effets du massage sur les névralgies ; il cite de bons résultats obtenus, notamment pour la névralgie sciatique, pour la névralgie du trijumeau. Il s'étend assez longuement sur les succès du massage dans le traitement de la *crampe des écrivains.*

## THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES

(Octobre 1886)

Crime et folie, par le Dr J. Kinkead, professeur de jurisprudence médicale au Queen's college, Galway.

Un jurisconsulte éminent, Lord Bramwell, a soutenu récemment, dans un article qui fit grand bruit en Angleterre, une doctrine très absolue au point de vue de la répression des crimes. Il dit que toute personne, même atteinte d'aliénation mentale, doit être punie, du moment où elle sait et comprend que la loi interdit, punit l'acte qu'elle a fait. Cette doctrine, en ce qui concerne les aliénés, a déjà provoqué d'ardentes protestations. Le Dr Kinkead s'élève à son tour contre elle. Prenant pour exemple certains types de folie, le délire partiel, la folie impulsive, il montre que l'aliéné qui commet un crime n'en est nullement empêché par la connaissance des châtiments édictés contre ce crime. Or, punir un aliéné est à la fois injuste et inhumain; sans compter que la

séquestration d'un aliéné dans une prison peut être fort nuisible aux autres prisonniers. Comment se fait-il que des hommes de loi distingués puissent sur ce sujet soutenir des opinions comme celle de Lord Bramwell? C'est qu'ils ne connaissent pas les aliénés. Il serait bon que chacun d'eux pût passer six mois dans un asile et y acquérir directement des notions qui leur montreraient que les subtilités de la philosophie et la science des lois ne suffisent pas pour fixer et régler les rapports du crime et de la folie.

L'OVARIOTOMIE DANS LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES, par Sir T. SPENCER WELLS, le Dr ALFRED HEGAR, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Fribourg, et le Dr ROBERT BATTEY, ancien professeur d'obstétrique au collège médical d'Atlanta.

Cet article en contient en réalité trois, où chacun des auteurs a émis ses idées spéciales. Sir Spencer Wells, un maître en ovariotomie, n'admet cette opération dans presque aucun cas d'excitation nerveuse ou de folie. Elle ne doit se faire, dit-il, que du consentement des malades, bien averties des conséquences possibles. Elle est, à tout le moins, injustifiable dans la nymphomanie et les maladies mentales.

Le professeur Hegar croit qu'elle est indiquée dans les psychoses qui sont déterminées par une altération organique ou nerveuse des organes sexuels. Elle ne doit cependant être tentée que lorsque tous les autres modes de traitement ont échoué.

Le Dr Battey dit avoir pratiqué avec succès la castration des ovaires dans des cas d'hystéro-manie et d'hystéro-épilepsie (oöphoro-manie et oöphoro-épilepsie), ou encore de névralgie de ces organes. Il cite l'opinion d'un certain nombre de ses confrères d'Amérique, qui ont obtenu des succès analogues aux siens, et qui croient comme lui à l'utilité incontestable de l'opération. La hardiesse des chirurgiens américains est donc, sur ce sujet, notablement plus grande que celle des chirurgiens d'Europe, et, d'après de nombreuses observations, le succès semble l'avoir justifiée.

## THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE

(Août, septembre, octobre 1886)

ÉTUDE CLINIQUE DE L'HÉMIANOPSIE LATÉRALE, par le Dr E. C. SEGUIN.

Cette étude porte sur neuf observations sans autopsies. Les principales déductions de l'auteur sont les suivantes :

L'hémianopsie latérale est assez souvent associée à l'hémiparésie, l'hémianesthésie, l'hémiataxie, qui sont les symptômes essentiels de la chorée post-hémiplégique ;

Dans quelques cas, elle existe presque seule, et c'est alors surtout que la connaissance des lésions cérébrales est utile pour déterminer la localisation du centre optique;

Dans un cas fort intéressant, le Dr Séguin a observé des hallucinations de la vue, limitées aux champs visuels atteints d'hémianopsie. Il croit que ces hallucinations résultaient de l'état inflammatoire du centre optique cortical.

Des troubles psycho-nerveux qui accompagnent et souvent masquent la phtisie, par le Dr Leonard Weber.

Les troubles de ce genre sont ordinairement ceux de la neurasthénie; quelquefois il y a de la dépression mentale, et d'autres fois des dispositions qui participent de la manie subaiguë et de la démence. Les femmes y sont plus exposées que les hommes.

Remarques sur l'épilepsie, par le Dr E. D. Fisker, de New-York.

L'auteur développe cette idée que l'épilepsie est une maladie organique et non fonctionnelle, qui est due à tout le moins à des troubles nutritifs et qui a son siège dans l'écorce cérébrale.

Deux cas d'épilepsie traumatique guéris par la trépanation, par le Dr F. Macdonald, directeur-médecin de l'asile pour les aliénés criminels, New-York.

Lésions des deux lobes cérébraux sans aphasie ni surdité, par le Dr Landon Carter Gray.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, qui, à la suite de troubles convulsifs, perdit complètement la mémoire, mais continua de parler, d'écrire et d'entendre fort bien. A l'autopsie, on trouva, dans l'hémisphère gauche, de la méningite, une adhérence et des foyers de ramollissement sur le tiers inférieur des circonvolutions frontale et pariétale, ainsi que sur la partie inférieure de la première frontale; la troisième frontale était ramollie et avait de larges adhérences. — Dans l'hémisphère droit, les lésions étaient presque équivalentes.

De la léthargie dans l'ivresse, par le Dr T. D. Crothers, directeur-médecin de Walnut Ladge, Hartford.

L'auteur établit que la léthargie, plus ou moins complète,

plus ou moins forte, est commune dans l'ivresse; la mémoire est alors plus ou moins complètement oblitérée, jamais intacte. Les faits de ce genre sont d'une appréciation délicate au point de vue médico-légal.

## THE ALIENIST AND NEUROLOGIST

(Juillet 1886)

RESPONSABILITÉ CRIMINELLE, par le Dr HENRY HOWARD, directeur médecin de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Montréal, Canada.

En réalité, l'auteur s'occupe peu de la responsabilité criminelle; après avoir marqué les opinions extrêmes qui existent à son égard, les uns voulant que tout homme qui sait qu'il fait mal soit responsable, les autres cherchant à établir que tout criminel est aliéné et irresponsable, il étudie les causes diverses qui, dans notre état social, multiplient le crime et la folie. Au point de vue de la responsabilité, l'idée qui se dégage de ce mémoire, c'est que celui-là est sain d'esprit qui se conforme le mieux aux lois physiologiques naturelles.

RAPPORT SUR LES PROGRÈS OBTENUS DANS LA CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES, par CLARK BELL.

Chargé de représenter l'Amérique du Nord au Congrès de psychiatrie d'Anvers, M. Clark Bell, pour réaliser le vœu du Congrès sur l'établissement d'une classification internationale des maladies mentales, présente dans ce rapport, lu à la Société médico-légale, l'état de la question, et fait connaître les classifications adoptées jusqu'ici dans les différents pays. Ce travail a été lu antérieurement à la réunion du comité américain chargé de dresser et d'envoyer à Anvers un projet de classification; par conséquent, il ne fait pas mention des résolutions adoptées par le comité, dont la dernière séance a eu lieu en septembre 1886. Mais comme M. Clark Bell a joué un rôle très important dans les travaux du comité, nous trouvons à propos de faire connaître ici la classification que celui-ci a proposée, classification dont nous avons eu connaissance par une brochure spéciale.

1° Manie aiguë.
— chronique.
— intermittente « *recurrent* ».
— puerpérale.

2° Mélancolie aiguë.
 — chronique.
 — intermittente.
 — puerpérale.
3° Folie sensorielle primitive (monomanie).
4° Démence primitive.
 — secondaire.
 — sénile.
 — organique (tumeurs, hémorragies, etc.).
5° Paralysie générale des aliénés.
6° Épilepsie.
7° Folie toxique (alcoolisme, morphinisme, etc.).
8° Insuffisance d'esprit congénitale. — Idiotie.
 — — Imbécillité.
 — — Crétinisme.

Cette classification se rapproche beaucoup de celle qu'a proposée le comité d'Angleterre.

TRAITEMENT SPÉCIAL DES ALIÉNÉS, par le Dr JOHN S. BUTLER, ancien directeur médecin de la Retraite pour les aliénés du Connecticut.

Étude des progrès accomplis depuis 1844. L'auteur insiste sur la nécessité d'établir des asiles séparés pour les aliénés curables et les aliénés incurables. Il est d'avis que chaque malade réclame des soins particuliers, s'adressant à l'individu pris en lui-même, et il croit beaucoup à l'influence du traitement moral.

MÉCONÉVROPATHIE, par le Dr HUGHES, de Saint-Louis.

Les désordres causés par l'ingestion habituelle et actuelle de l'opium sont bien connus; ce qui l'est moins, c'est l'état névropathique que l'abus de cette drogue imprime dans les individus. Cet état se montre nettement lorsqu'on supprime l'emploi de l'opium. Il survient alors des troubles psychiques et physiques que M. le Dr Hughes considère comme significatifs et qui, d'après lui, constituent une névrose bien déterminée; ces troubles sont : de l'hypéresthésie sensorielle, de l'hypéralgésie, notamment dans les avant-bras du côté de la flexion et dans les articulations des membres inférieurs; de la dépression mentale; de l'insomnie, du délire avec hallucinations, des idées mélancoliques; de la disposition aux nausées et aux vomissements; des sueurs plus ou moins abondantes. Pour ménager le système nerveux ainsi troublé, il

importe, dans le traitement, de ne supprimer que graduellement l'usage de l'opium.

Modifications du pigment cutané chez les aliénés, par le Dr Jas. G. Kiernan, Chicago.

Trois observations où il s'agit d'aliénés chez qui subitement la peau et la chevelure, du côté gauche, changèrent de couleur. Dans deux cas, les malades avaient aussi présenté de l'hémiplégie gauche. Reste à savoir si l'altération du pigment dépendait de l'aliénation mentale ou des lésions nerveuses centrales. La dernière supposition est la plus probable.

## AMERICAN JOURNAL OF INSANITY

(Octobre 1886)

Actes de l'association des médecins et directeurs des institutions américaines pour les aliénés.

L'association a tenu sa réunion annuelle en mai 1886. Elle a traité des questions d'une grande importance, qui ont donné lieu à des discussions longues, approfondies et vraiment remarquables. Le discours du président a roulé sur « les erreurs communes, théoriques ou pratiques, relatives à la folie ». Puis l'assemblée s'est occupée des sujets suivants : « Signes de guérison de la folie; Utilité des écoles d'infirmiers pour les asiles; Hallucinations et Illusions chez les aliénés; Avantages et Inconvénients des asiles *à portes ouvertes*. » Cette dernière question est celle qui a donné lieu aux controverses les plus marquées. Les essais qui ont été faits n'ont pas été tous satisfaisants.

En lisant les comptes rendus de l'association des aliénistes américains, on ne peut s'empêcher de regretter qu'il n'y ait point en France des réunions analogues aux siennes. Les congrès de ce genre, qui ne se bornent pas à la production d'un nombre plus ou moins grand de mémoires mais qui donnent lieu surtout à des discussions sérieuses, marquées au coin du savoir et de la pratique, ne peuvent qu'être utiles à la science des maladies mentales et au traitement des aliénés.

Des signes de guérison de la folie, par le Dr Henry M. Hurd, directeur médecin en chef de l'asile Eastern Michigan.

La guérison véritable de la folie ne peut être affirmée que si l'individu présente les qualités suivantes :

1° Qu'il soit bien équilibré dans ses dispositions émotives;

2° Qu'il n'ait absolument ni hallucinations, ni illusions, ni autres perturbations mentales ou sensorielles;

3° Qu'il soit apte à se diriger dans les conditions ordinaires de la vie;

4° Qu'il ait un jugement suffisamment droit, une force morale assez grande pour pouvoir supporter les soucis et les responsabilités d'autrefois, et reprendre sa position sociale.

L'Uretane, par le Dr J.-B. Andrews, directeur médecin en chef de l'asile d'aliénés de Buffalo.

L'auteur a essayé sur lui-même les effets de ce médicament hypnotique; il l'a employé aussi dans dix-huit cas de maladie mentale, ainsi divisés : manie aiguë, 6; parésie, 4; mélancolie, 4; manie chronique, 2; démence, 2. Il en a obtenu de bons résultats. La dose moyenne qu'il a donnée est de deux grammes. Une fois, il est allé jusqu'à quatre grammes. En général, le sommeil venait une heure après l'ingestion du médicament, sa durée était en moyenne de sept heures.

Cas de mélancolie aigue causée par l'accumulation de matières fécales dans le gros intestin, par le Dr H.-A. Hutchinson, directeur médecin en chef de l'asile d'aliénés de Dixmont, Pensylvanie.

Les matières fécales étaient tellement durcies qu'il fallut plusieurs jours pour les extraire. Elles formaient dans l'abdomen une véritable tumeur stercorale. La malade fut traitée par la curette. Débarrassée, elle guérit en peu de temps.

Dr Victor Parant.

---

## JOURNAUX ITALIENS

### Archivio italiano per le malattie nervose

(N° de juillet 1886)

L'Urethane chez les aliénés, par M. Celso Sighicelli.

M. Sighicelli conclut de ses expériences que l'action hypnotique de l'urethane est peu sûre, de courte durée et très

variable selon les individus. Les cas où ce remède, à la dose de 3 ou 4 grammes, réussit le mieux, sont les états maniaques, aigus ou chroniques. Il a l'avantage de ne produire aucun trouble sérieux ou désagréable quand les voies digestives sont en bon état. Il exerce une action déprimante sur la respiration et excitante sur la circulation. Il modifie peu ou point la température.

## RÈVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA ET DI MEDICINA LEGALE

Fasc. I-II. 1886

ÉTUDE SUR L'ÉPILEPSIE CORTICALE, par M. GIUSEPPE SEPPILLI.

M. Seppilli est un défenseur de la théorie de son compatriotre Luciani sur le siège cortical de l'épilepsie; aussi, après avoir énuméré les caractères aujourd'hui classiques de l'épilepsie Jacksonnienne et démontré à l'aide de tableaux basés sur 40 observations qu'il est impossible de saisir un rapport fixe et constant entre les groupes musculaires dans lesquels se limite ou débute la convulsion et la localisation de la lésion, il s'efforce d'établir que cette variété d'épilepsie et la variété idiopathique ne diffèrent pas de nature, qu'elles sont simplement deux formes d'une même maladie. D'après l'auteur, en effet, certaines attaques de la variété idiopathique présentent tous les caractères de la variété Jacksonnienne et vice versa. Toutefois il croit indispensable, pour répondre aux besoins de la clinique, d'attribuer aux ganglions de la base une fonction motrice analogue à celle de la couche corticale, mais inférieure en degré à l'état normal et susceptible seulement d'acquérir un grand développement par la destruction de la zone motrice. La conclusion de M. Seppilli est que l'attaque d'épilepsie, quel que soit son mode de développement, direct ou réflexe, et quelle que soit la cause qui la produit, a toujours pour organe central constituant l'élément essentiel de sa pathogénie, l'ensemble des centres moteurs de la couche corticale ainsi que des ganglions sub-corticaux homologues.

DU SIXIÈME VENTRICULE CÉRÉBRAL OU VENTRICULE DE VERGA, par le professeur L. TENCHINI.

M. Tenchini rapporte avec détails un nouveau cas de sixième ventricule découvert par lui chez une vieille femme

de 77 ans. La cavité circonscrite par les deux lamelles du septum lucidum, distantes entre elles de dix millimètres et beaucoup plus grosses que d'habitude, était très ample, pleine de sérosité et se prolongeait à travers un canal du calibre de l'aqueduc de Sylvius, qui pénétrait en s'élargissant dans la voûte à quatre piliers pour se terminer en cul-de-sac sur son bord postérieur. Cet élargissement constituant le ventricule de Verga, mesurait sur la ligne médiane et abstraction faite du canal, 22 mil. de longeur et 6 mil. de largeur au plus, au niveau du cul-de-sac. Sa forme était régulière, ressemblant à une massue; aucune communication n'existait avec le ventricule moyen. Le plancher de cette cavité était mince, transparent, blanchâtre, et sa superficie interne revêtue des éléments ordinaires de l'épendyme. Comme celle du septum lucidum, elle était pleine d'une sérosité qui passait librement de l'une à l'autre par le conduit. D'après M. Tenchini, la persistance chez l'adulte du ventricule de Verga, qui normalement existerait dans les premiers jours de la vie extra-utérine, serait due à des causes pathologiques.

Sur les dégénérescences consécutives a l'extirpation totale et partielle du cervelet, par M. Vittorio Marchi.

D'après M. Marchi, l'extirpation totale du cervelet détermine une sclérose diffuse spécialement de la substance grise de la moitié supérieure du pont de Varole qui entoure les pyramides, et de la substance grise des olives ; de tous les pédoncules cérébelleux, compris en partie le faisceau cérébelleux direct de Flechsig, sans aucune altération des noyaux des nerfs craniens ni de la substance grise du plancher du quatrième ventricule. L'extirpation de la moitié du cervelet détermine une dégénérescence des mêmes éléments plus marquée dans la moitié correspondant à la lésion, mais existant aussi en partie dans le côté opposé. On constate de plus que les fibres dégénérées des pédoncules cérébelleux supérieurs sont loin de s'entrecroiser complètement avec celles du côté sain, et vont se perdre probablement dans le noyau de Stilling, du côté même de la mutilation. L'extirpation du lobe médian du cervelet amène une dégénérescence bilatérale circonscrite à certains faisceaux de fibres déterminés, et de même à quelques fibres du faisceau cérébelleux direct, au ruban inférieur de Reil, aux fibres arciformes et à de nombreuses fibres des faisceaux pyramidaux. Enfin, après l'ex-

tirpation soit totale soit partielle du cervelet, on note dans quelques cas une dégénérescence bien distincte de plusieurs des fibres constitutives des nerfs craniens et des racines antérieures de la moelle, bien que les noyaux d'origine de ces nerfs semblent exempts d'altérations.

UN CAS DE SURDITÉ VERBALE, par le prof. LÉONARDO BIANCHI.

Jeune homme de 24 ans, frappé à droite d'une hemiplégie qui dura une quinzaine de jours et disparut peu à peu; les troubles de la parole persistèrent. Le malade avait le facies d'un dément; l'ouïe étant intacte, il ne comprenait pas ce qu'on lui disait ou lui ordonnait, mais exécutait de suite les ordres donnés par signes (surdité verbale). Il était absolument incapable d'écrire et il était tout aussi incapable de lire ou même de reconnaître les lettres (cécité verbale). M. Bianchi croit que son malade n'avait pas seulement l'air d'un dément et que son intelligence était en réalité affaiblie : en effet, quand on était parvenu à lui apprendre certains mots, il les répétait comme un perroquet, en toute occasion, sans en comprendre le sens, dont il ne saisissait la valeur que longtemps après, quand il avait retenu d'autres mots lui permettant d'établir des rapports avec les premiers. En moins d'un mois on lui enseigna ainsi 300 mots, et il parut renaître à la vie intellectuelle; la cécité verbale et l'agraphie s'améliorèrent parallèlement. M. Bianchi croit que le trouble principal d'où les autres découlaient fut la surdité verbale. Le malade étant parti avant d'être guéri et le contrôle anatomique manquant, il est bien difficile de se prononcer sur ce cas. Considérant que son malade lisait les mots qu'on lui avait appris seulement quand il en avait compris le sens, M. Bianchi pose en principe que les images verbales acoustiques ne réveillent les images mnémoniques visuelles qu'à travers le champ de l'idéation : la vision de la parole serait donc subordonnée à l'audition verbale. Il conclut aussi des résultats obtenus que la meilleure thérapeutique à employer dans les cas de ce genre est la méthode pédagogique utilisée pour les enfants.

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DU SIÈGE DES MALADIES DU PONT DE VAROLE, par M. EUGENIO TASSE.

Un homme de 60 ans, ayant eu autrefois une syphilis qui, convenablement traitée, semblait guérie, commença à 56 ans, à souffrir d'atroces céphalalgies, surtout nocturnes; en 1882, survinrent des attaques épileptiformes et il succomba en 1883. Il présenta en outre les symptômes suivants : éma-

ciation; démarche chancelante; force musculaire notablement diminuée; couleur terreuse de la peau; chute précoce des poils; hypérémie de la conjonctive; myosis bilatéral; goût et odorat un peu altérés; difficulté aboutissant à l'impossibilité d'articuler; puis paralysie de la septième paire droite; paralysie successive des deux membres gauches et hémi-anesthésie relative; ensuite contractures marquées dans les parties paralysées à gauche, avec violentes douleurs névralgiques et convulsions générales épileptiformes de courte durée. Avec le temps se manifestèrent encore des troubles de l'intelligence, de l'affaiblissement de l'ouïe, de la déviation de la langue dans la projection hors de la bouche, du strabisme convergent des deux yeux; enfin de l'affaiblissement de l'excitabilité électrique des rameaux du facial. Dans les derniers jours, il se produisit des signes manifestes de méningite circonscrite aux circonvolutions frontales gauches, et de thrombose de quelques rameaux de la cérébrale antérieure avec ramollissement cérébral consécutif. En effet, outre la fièvre et une douleur térébrante au niveau de la base frontale gauche, il y eut des vomissements, de l'aphasie, du trismus, des convulsions épileptiformes plus fréquentes, des soubresauts des tendons, des contractions musculaires. Le malade mourut subitement: de la diarrhée était survenue. L'autopsie démontra les lésions suivantes: méninge dans sa totalité opaque, épaissie, adhérente aux circonvolutions frontales gauches; à ce niveau une petite cavité, de la capacité d'une noix, remplie de matière nécrobique et entourée d'une zone de ramollissment jaune; la pulpe cérébrale est partout congestionnée; le corps strié droit a un vaste foyer apoplectique de date très récente (cause ultime de la mort); les vaisseaux cérébraux de la base présentent çà et là des pointillés jaunâtres; au pont de Varole, précisément au côté droit du raphé, existe une petite tumeur de la grosseur d'un pois vert, de couleur grise, de consistance et d'aspect gélatineux; elle occupe exactement le point du noyau du facial; les fibres accoustiques voisines sont aussi lésées: cette tumeur était de nature syphilitique.

La paranoia; contribution a la théorie des dégénérescences psychiques, par MM. Eugenio Tanzi et Gaetano Riva.

Dans ce long et remarquable mémoire, dont la publication a commencé en 1884, MM. Tanzi et Riva définissent la paranoia: « Une psychose fonctionnelle sur fond de dégénérescence,

caractérisée par une déviation particulière des fonctions intellectuelles les plus élevées, sans désordre général ni affaiblissement très marqué, qui s'accompagne pour ainsi dire toujours d'hallucinations et d'idées délirantes permanentes plus ou moins coordonnées en système, mais indépendantes de toute cause occasionnelle évidente et de toute condition morbide de l'émotivité, psychose, dont le cours, tout en étant constamment ni uniforme, ni continu, est essentiellement chronique sans que la maladie, par elle-même, tende en général vers la démence. » Il est faux, à leur avis, que l'affaiblissement intellectuel explique l'absurdité des délires systématisés, car beaucoup de ces malades sont bien doués au point de vue de l'intellect; l'explication de leur état est donné par la dégénérescence psychique dont ils sont frappés, dégénérescence qu'établissent les antécédents de famille ainsi que l'analyse psychologique. Les malades atteints de cette forme mentale sont, en effet, des héréditaires. D'un autre côté, non seulement leurs conceptions délirantes, marquées au coin de l'anachronisme, rappellent les idées ayant eu cours autrefois parmi les peuples civilisés et ayant cours aujourd'hui encore chez les sauvages, mais les caractères propres de leur esprit indiquent encore chez eux l'atavisme, tels leur foi aveugle, leurs goûts et leurs idées qui sont d'un autre âge, la prédominance chez eux de l'instinct de conservation vitale sur les intérêts, leur inaptitude à la notion objective du droit, leurs perturbations génésiques, le symbolisme de leurs écrits et de leurs gestes. Ce sont ces caractères ataviques qui constituent la paranoia et en font une maladie constitutionnelle, non le délire systématisé qui peut faire défaut (paranoia sans délire) et qui se rencontre avec toutes ses variétés dans d'autres affections mentales : mélancolie, stades initiaux de la manie, paralysie générale, alcoolisme chronique, démence aiguë peu accentuée, délire sensoriel, pellagre, épilepsie. Ces questions de doctrine ainsi résolues, MM. Tanzi et Riva donnent l'histoire clinique de la maladie. Une classification de ses formes, d'après les manifestations délirantes, ne leur semble guère possible, car le délire se modifie souvent avec le temps, est parfois mixte dès le début et enfin manque dans certains cas. Ils énumèrent pourtant comme répondant le plus aux données de la clinique, la forme à idées de persécution, l'ambitieuse, l'érotique, la religieuse, l'indéterminée, enfin la forme mixte et la forme à idées fixes. L'étude de

l'origine, de l'évolution et des terminaisons de la paranoia complète cette savante monographie. Considérée dans son origine, la maladie est congénitale ou tardive ; cette dernière comprend trois variétés : deux qui sont en rapport avec l'évolution biologique, la paranoia de la maturité psychique ou postpubérale, et la paranoia climatérique ; une, la paranoia simple, indépendante de cette évolution. Toutefois, entre la congénitale et la tardive existerait une simple différence chronologique dans l'apparition des symptômes, le fond d'hé rédité et de dégénérescence existant dans tous les cas. Définie comme elle l'est par les deux médecins italiens, l'affection mentale qui nous occupe ne saurait avoir qu'une marche chronique. Divers types cliniques peuvent cependant être distingués : relativement à la nature des conceptions délirantes, le type uniforme et le type variable ; relativement à la succession des symptômes, les types continu, remittent et à exacerbations ; enfin, ces types simples se combinent entre eux pour former les types composés comme : uniforme continu, uniforme rémittent, variable à exacerbations, etc. La paranoia n'a pour ainsi dire pas de terminaison propre, elle reste généralement semblable à elle-même et n'aboutit pas d'ordinaire à la démence. Cette terminaison, quand elle se produit, reconnaît d'autre cause que la paranoia, soit la sénilité précoce, soit des psychoneuroses, manie ou mélancolie, surajoutées, etc. Parfois enfin, la démence n'est qu'apparente et est liée au long séjour à l'asile, qui a émoussé la vivacité d'autrefois, ou encore à l'absorption de l'esprit par le délire ; un examen attentif montre derrière l'affaiblissement apparent une somme encore considérable d'intelligence.

Contribution a la psychopathologie criminelle, par le professeur Tamburini.

Observation très complète et très finement analysée d'un fou moral, né d'une famille où se rencontrait très accentuée la double héredité de la folie et du crime. Le malade de M. Tamburini, atteint dès son enfance d'intenses céphalalgies, fut toujours étrange, lunatique, excitable jusqu'à la fureur en même temps qu'il avait des tendances marquées à la criminalité ; il grandit dépourvu de toute notion et de tout sentiments moraux. Sa vie ne fut que la manifestation non interrompue de la double hérédité qui pesait sur lui. L'examen physique révélait les particularités suivantes : macrocé-

phalie, front étroit et bas, prognathisme, asymétrie et hémiparésie faciales, sensibilité tactile obtuse, anesthésie à la douleur et à l'électricité inégalement distribuée dans les deux parties du corps ; réflexe rotulien affaibli à gauche ; hyperémie du fond de l'œil. L'examen psychique établissait l'obtusion complète des sentiments moraux, la prédominance des sentiments les plus bas et les plus égoïstes, l'absence de toute notion de droit et de devoir. Un rien jetait cet infortuné dans des rages de colère telles que deux fois il avait dû être séquestré dans un asile. D'un autre côté, ses tendances criminelles étaient continuellement en action et ne laissaient échapper aucune occasion de s'assouvir ; il ne sortait de prison que pour y rentrer de nouveau. M. Tamburini voit dans ce cas la conformation des idées récemment émises par le professeur Lombroso sur l'identité de la folie morale et de la criminalité de naissance.

D[r] E. MARANDON DE MONTYEL.

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

**Du suicide dans le délire ou folie des persécutions,** par M. le D[r] MEILHON, interne à l'Asile des aliénés de Pau. (Thèse de Bordeaux, 1886.)

L'auteur de cette thèse combat l'opinion généralement accréditée que le persécuté termine *souvent* ses jours par le suicide, pour mettre un terme aux persécutions dont il est victime.

Pour lui, ce n'est pas souvent, mais très rarement, presque jamais, serait-il tenté de dire, que le persécuté met fin à ses jours. Le persécuté partiel, tel que nous le connaissons depuis les travaux de Lasègue, aurait une sorte de logique dans son délire, qui le soustrait aux idées de suicide.

Se tuer, ce serait céder devant ses ennemis imaginaires contre lesquels, au contraire, il lutte sans trève et avec l'espoir, toujours grandissant, de faire triompher son innocence ; ce serait renoncer à la vengeance qui est son principal objectif et consentir à ce que sa mémoire reste souillée par les calomnies de ses persécuteurs, sans espoir de réhabilitation.

Les tendances du persécuté partiel l'éloignent donc du suicide ; M. Meilhon n'a trouvé dans les auteurs que de très rares observations de persécutés ayant mis volontairement fin à leurs jours et encore fait-il, à leur propos, cette remarque intéressante, qu'ils n'ont pas cédé à un sentiment de désespoir, qu'ils n'ont pas abandonné la lutte, mais qu'ils ne se sont décidés à la mort, qu'en considérant que les circonstances dont elle serait entourée seraient un suprême témoignage de leur innocence et amènerait irrévocablement la confusion de leurs diffamateurs.

Si la plupart des auteurs ont admis la fréquence du suicide dans le délire des persécutions, c'est qu'ils ont pris pour des persécutés partiels des aliénés lypémaniaques ou autres, imbus d'idées de persécution, mais différant beaucoup, comme on sait, du type créé par Lasègue. M. Meilhon nous cite, en effet, une série d'observations émanant des auteurs même les plus en vue et où manifestement cette confusion existe.

En résumé, M. Meilhon est venu par cette thèse, qui est méthodiquement conçue et fort bien écrite, préciser un des caractères du persécuté, en ne lui reconnaissant aucunement cette tendance au suicide, à laquelle on croit généralement, et qui serait plutôt la caractéristique des autres formes de folie où se manifestent des idées de persécution.

M. Meilhon nous avertit modestement que l'idée première de cette étude lui a été suggérée par M. Régis ; il est juste de prendre acte de cet hommage qui ne diminue en rien, d'ailleurs, le mérite personnel que reflète l'ensemble de ce travail. V. GIRMA.

**Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive** par pulvérisation d'éther et de chlorure de méthyle par RAISON.

M. Joffroy a entrepris à la Salpêtrière, en 1885, des recherches pour méthodiser l'emploi des pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle. C'est l'application de ces deux moyens au traitement des phénomènes douloureux des tabes qui fait le sujet de la thèse de M. Raison. En voici les conclusions :

1° Les phénomènes douloureux dans l'ataxie locomotrice progressive sont justiciables du traitement par la réfrigération.

2° Les pulvérisations de chlorure de méthyle et d'éther pro-

curent un soulagement notable au moment des crises douloureuses. Leur emploi longtemps et méthodiquement continué détermine une amélioration générale chez les malades et rend les douleurs moins fréquentes et moins pénibles.

3° C'est au traitement sur place qu'il faut donner la préférence, *loco dolenti*. Les pulvérisations sur la région vertébrale, dans le point supposé malade des centres nerveux, ne doivent venir que comme complément.

4° Les pulvérisations d'éther sont moins désagréables, plus pratiques et plus exemptes d'inconvénients que les pulvérisations de chlorure de méthyle. C'est donc l'éther qu'on devra préférer ou tout au moins essayer d'abord, quitte à changer, à alterner les deux préparations.

5° Les autres procédés thérapeutiques sont loin de donner des résultats aussi favorables. La morphine est un palliatif temporaire : son emploi devient presque fatalement excessif et conduit à la cachexie morphinique. Le chloral est moins dangereux, mais lent à agir, insuffisant. Il peut cependant rendre des services comme adjuvant de la méthode que nous proposons.

6r Les pulvérisations d'éther et de chlorure ne donnent pas de bons résultats chez les tabétiques morphinomanes.

Ch. V.

---

# NOUVELLES

Asiles d'aliénés. *Nominations et promotions.* — M. Bransoulié est confirmé dans ses fonctions de directeur de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), et est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade.

M. le Dr Camuset, médecin en chef de l'asile de Cadillac, est nommé aux mêmes fonctions à l'asile de Clermont (Oise), et maintenu dans la 3e classe de son grade (5.000 fr.).

M. le Dr Schils, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef de l'asile de Clermont et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.).

M. le Dr Pons, médecin en chef de l'asile de Marseille, est nommé directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Luc, près Pau, en remplacement de M. le Dr Marandon de Montyel, non installé, et est promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.).

M. le Dr Friese, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), et promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

M. le Dr Marandon de Montyel est nommé médecin en chef à l'asile de Marseille et maintenu à la 2e classe de son grade (6.000 fr.).

M. le Dr Febvré, médecin adjoint à l'asile de Montdevergues, est nommé aux mêmes fonctions à l'asile de Ville-Évrard et reste compris dans la classe exceptionnelle de son grade.

M. le Dr Maunier, médecin adjoint à l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône), est nommé médecin en chef à l'asile de Montdevergne (Vaucluse), poste créé, 3e classe.

M. le Dr Dericq, ancien interne des asiles publics de la Seine, est nommé médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), 2e classe.

MM. les Drs Dufour, médecin en chef à l'asile de Saint-Robert (Isère), et Sizaret, médecin en chef à l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), sont promus à la classe exceptionnelle.

M. le Dr Danis, directeur médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), est promu à la 1re classe.

MM. les Drs Peybernes, directeur médecin de l'asile de Bourges; Mabille, directeur médecin de l'asile de Lafond, à La Rochelle; Pierret, médecin en chef à l'asile de Bron, sont promus à la 2e classe.

MM. les Drs Bessières, médecin adjoint à l'asile d'Évreux; Chaussinaud, médecin adjoint à l'asile de Fains; Girma, médecin adjoint à l'asile de Saint-Luc, sont promus à la classe exceptionnelle.

M. le Dr Pichenet, médecin adjoint à l'asile d'Auxerre, est promu à la 1re classe.

Inspection générale des établissements de bienfaisance. — Par suite de la suppression faite par la Chambre, de quatre

places d'inspecteur des établissements de bienfaisance et des asiles d'aliénés, le corps des inspecteurs reste composé ainsi qu'il suit : MM. Foville, Granier, Lefort, Napias et A. Regnard.

Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. — Depuis le 1er février dernier, le service de M. le Dr Bourneville à l'hospice de Bicêtre, a été dédoublé. M. Bourneville a gardé la section des enfants, et M. Ch. Féré, médecin adjoint de l'hospice de la Salpêtrière, a pris le service des adultes. M. le Dr Séglas est passé comme médecin adjoint de Bicêtre à la Salpêtrière.

### Concours public pour la nomination a une place de médecin adjoint du service des aliénés.

Ce concours s'est ouvert le lundi 25 avril 1887, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le jury se compose de MM. Bucquoy, Bourneville, Dujardin-Beaumetz, Espiaut de Lamaëstre, Falret, Rigal et J. Voisin.

Les candidats sont au nombre de trois : MM. Chaslin, Pichon et Saury.

Le sujet de la composition écrite a été : Lobe frontal du cerveau (Anatomie et Physiologie). — Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : Pie-mère cérébrale; Circulation cérébrale; — Quatrième ventricule : anatomie et physiologie.

Aux précédents concours les questions traitées ont été : Circonvolutions cérébrales (1879) ; — Corps strié (1880) ; — Pneumo-gastrique (1884) ; — Substance grise de la moelle épinière (1886).

Clinique des maladies mentales. — M. le professeur Ball a repris son cours de clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 17 avril à 10 heures du matin, et le continue les jeudis et dimanches à la même heure.

Légion d'honneur. — Ont été promus au grade d'officier de la Légion d'honneur :

M. Payelle (Augustin-Aimé-Adrien), chef du bureau des aliénés à l'administration centrale du ministère de l'intérieur

et des cultes, en fonction depuis 1879, ancien préfet des Ardennes, chevalier du 12 juillet 1880.

M. le Dr Etoc-Demazy (Gustave-François), président de la Commission de surveillance de l'asile d'aliénés du Mans (Sarthe), ancien médecin en chef de cet établissement; plus de cinquante ans de service, chevalier du 14 août 1865.

Société médico-psychologique, *Prix Esquirol*. — La Société médico-psychologique de Paris, dans sa séance annuelle du 28 mars, a décerné le prix Esquirol à M. le Dr Pichon, chef de clinique des maladies mentales, pour son mémoire.

Nous adressons nos plus cordiales félicitations à notre distingué collaborateur.

---

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer.

# L'ENCEPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

---

## VULPIAN

Les morts vont vite. Depuis quelques années la Faculté de médecine de Paris a vu disparaître plusieurs de ses membres les plus éminents. Dans l'espace de quelques mois, elle a perdu Béclard et Gosselin, et nous venons de conduire à sa dernière demeure l'un des hommes qui ont occupé le plus de place dans le mouvement scientifique de notre époque.

Il est déjà trop tard pour faire l'éloge de Vulpian. De toutes parts l'expression des regrets, des sympathies et des souvenirs s'est fait entendre. Nous ne chercherons pas à revenir sur ce qui a déjà été dit. Nous nous contenterons de reproduire ici les paroles que M. le professeur Ball adressait à ses auditeurs au début de son cours le 29 mai 1887 :

« MESSIEURS,

« Depuis notre dernière réunion un coup nous a frappés, un coup d'autant plus terrible qu'il était imprévu. M. Vulpian vient de succomber à une maladie presque foudroyante qui l'a enlevé en quelques jours. Depuis longtemps la mort n'avait pas fait de plus noble victime, et les regrets unanimes que sa disparition subite a provoqués nous donne la mesure de la perte que nous venons de faire en nous montrant combien était grande la place qu'il tenait parmi nous.

« Une vie tout entière consacrée à la science et à l'enseignement, une droiture parfaite au point de vue moral, une rectitude absolue au point de vue du jugement, tels sont les traits principaux qui caractérisent la figure de Vulpian. Mais le portrait resterait incomplet si l'on passait sous silence cette affabilité qui lui a créé tant d'amis, cette flexibilité d'esprit qui lui a permis d'aborder tour à tour l'histoire naturelle et la physiologie expérimentale, l'anatomie pathologique et la médecine clinique, la science et l'administration et de marquer par un succès chacun de ses efforts.

« Les honneurs sont venus le trouver sans altérer en rien la simplicité de ses goûts, sans interrompre un seul instant la continuité de ses travaux.

« Professeur et doyen de la Faculté, membre de l'Institut et secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, il est resté toujours le maître bienveillant que nous avons tous connu.

« Dans l'ensemble de cette personnalité, on ne trouve pas une seule note discordante et l'homme reste semblable à lui-même du commencement jusqu'à la fin. Une vie pareille valait la peine d'être vécue et la sympathie universelle de ses contemporains en a été la première et la plus belle récompense.

« Le souvenir de Vulpian représentera pour vous, Messieurs, le culte désintéressé de la science pure, et le tableau de son existence vous servira d'exemple, car la mémoire d'un tel maître ne doit jamais périr. »

Vulpian, dès l'origine de sa carrière, dut partager son activité entre le laboratoire et l'hôpital. Il était interne en 1850 à la Pitié, et de plus il était attaché au Muséum d'histoire naturelle comme préparateur de Flourens. Nommé médecin des hôpitaux en 1857, agrégé de la Faculté de médecine, en 1860, Vulpian suppléa au Muséum Flourens dans la chaire de physiologie comparée, qu'il occupa jusqu'en 1886.

En 1867, un grand mouvement eut lieu à la Faculté de médecine. Six nouveaux professeurs furent nommés, et Vulpian faisait partie de cette promotion. Il remplaça Cruveilhier à la chaire d'anatomie pathologique. En 1872, il permuta pour la chaire de pathologie expérimentale et comparée, laissée vacante par la démission de M. Brown-Séquard.

il fut nommé doyen en 1875. Il donna sa démission en 1881, lorsque M. Paul Bert devint ministre de l'instruction publique.

Il fut nommé membre de l'Académie de médecine en 1860; membre de l'Académie des sciences en 1876. Il venait d'être nommé secrétaire perpétuel, lorsque la mort vint le frapper.

Les principaux ouvrages de Vulpian sont les suivants :

*Leçons sur l'appareil vasomoteur*, 1875.

*Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses*. 1881.

*Traité des maladies du système nerveux*, en 2 volumes, dont le second vient d'être publié récemment. Il laisse un nombre immense de mémoires, dont les principaux se trouvent dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*.

Il avait pris une part très importante à la fondation des *Archives de physiologie*, dont il était l'un des principaux rédacteurs.

---

# LA FOLIE ÉROTIQUE

3e LEÇON FAITE A LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A L'ASILE SAINTE-ANNE

**Par M. le Professeur B. BALL**

Recueillie par Ch. Lefèvre, aide de laboratoire de la Clinique

Messieurs,

Jusqu'ici je vous ai entretenu du délire érotique dans ses diverses manifestations (1). Je vous ai montré les aberrations platoniques du sentiment amoureux ; je vous ai décrit ces exagérations insensées du penchant sexuel, qui vont jusqu'à l'extrême frontière qui sépare la raison de la folie, et qui souvent la franchissent; mais

(1) Voyez l'*Encéphale*, 1887, nos 1 et 2.

dans toutes les étrangetés que je vous ai signalées, il s'agissait d'un penchant naturel, exagéré, dévié ou travesti, mais qui restait toujours fidèle à son point d'origine.

Je me propose aujourd'hui d'aborder la troisième partie du sujet, et de vous montrer les perversions de l'instinct sexuel, qui, renversant complètement les données habituelles de la question, se trouvent en contradiction directe avec la nature et semblent aller contre le but qu'elle se propose.

Nous pénétrons ici sur le domaine de la médecine légale. Les actes dont je viens de vous parler, lorsqu'ils parviennent à la connaissance des autorités, amènent devant les tribunaux, des prévenus qui souvent ne sont que des aliénés; nous avons donc, avant tout, à nous préoccuper de leur état mental.

Nous allons donc aborder l'étude des perversions de l'instinct sexuel; et parmi les sujets qui en sont atteints, nous distinguerons quatre grandes variétés.

Ce sont :

1° Les *Sanguinaires;*
2° Les *Nécrophiles;*
3° Les *Pédérastes;*
4° Les *Intervertis.*

Nous allons successivement examiner les traits psychologiques qui les caractérisent.

## I — *Sanguinaires*

L'une des conséquences les plus ordinaires et les plus naturelles de l'appétit sexuel, c'est l'affection, l'attachement ou tout au moins la bonne volonté qui s'établit entre les deux participants. Affection souvent bien éphémère, l'attachement qui peut offrir tous les degrés; mais enfin ce sentiment existe, même chez les animaux, et pour

nous transporter plus haut, dans une sphère supérieure, il peut devenir l'origine du sentiment le plus élevé, le plus pur et le plus désintéressé de la nature humaine.

Or, la tendance morbide sur laquelle je veux aujourd'hui appeler votre attention, se trouve à l'extrême opposé de ce penchant naturel. C'est le désir de torturer, de mutiler, de sacrifier l'objet de cette passion. A chaque instant, les journaux nous rapportent des faits de cette espèce : des enfants, des jeunes filles surprises par des vagabonds, par des mendiants, qui sont souvent des demi-imbéciles, sont d'abord violées, ensuite assassinées avec d'incroyables raffinements de férocité. Est-ce pour dissimuler son crime, est-ce pour satisfaire sa brutalité instinctive, que l'assassin sacrifie sa victime? L'un et l'autre motif peuvent être invoqués. Mais il existe incontestablement chez certains individus une satisfaction morbide à faire souffrir leurs victimes.

Sans remonter jusqu'à l'histoire ancienne, sans parler de Cléopâtre qui faisait périr tous ses amants, lorsqu'ils ne s'appelaient pas Antoine ou Jules-César, nous trouvons plus près de nous des exemples d'une perversion semblable.

L'un des compagnons d'armes les plus célèbres de Jeanne d'Arc était le maréchal Gilles de Retz, qui combattit vaillamment à ses côtés pour chasser les Anglais de France. C'était un brave chevalier, mais dont les mœurs étaient tellement scandaleuses, même pour cette époque grossière, que lorsqu'il chevauchait à côté de la Pucelle, les soldats disaient : « *Voilà le diable qui chevauche à côté de la sainte Vierge.* » Il occupait une haute position après la guerre et jouissait de la faveur du prince, lorsque tout à coup il quitta brusquement le service du roi pour se retirer dans son domaine de Machecoul, en Bretagne, où il se livra pendant plusieurs années à des orgies abominables, dans lesquelles il fit massacrer plus

de huit cents enfants. Il fut enfin arrêté, traduit en justice et condamné à mort. Il fut exécuté à Nantes. On prétend que lorsque le roi Charles VII lui dit : « Ah ! Gilles, rien de ceci ne serait arrivé si tu n'avais quitté la cour. » — Il répondit : « Sire, j'ai quitté la cour parce que le diable me poussait à violer et à occire le dauphin. » Or, le dauphin dont il s'agit régna plus tard sous le nom de Louis XI ; et si Gilles de Retz avait donné libre cours à sa passion, il est probable que le cours de l'histoire de France aurait été profondément modifié.

Un personnage plus moderne et non moins célèbre, le marquis de Sade, réduisant ses pratiques en système, avait créé, vers le commencement de ce siècle, sa fameuse théorie du plaisir sanglant. Il prétendait que, dans les relations sexuelles, le plaisir de l'un se mesurait aux souffrances de l'autre. Dans un roman très curieux, mais d'une lecture fatigante, intitulé *Justine*, il multiplie les combinaisons les plus insensées, et dans les gravures qui servent à illustrer cet ouvrage que j'ai eu entre les mains, bien qu'il soit aujourd'hui sévèrement prohibé, il étale les assemblages les plus fantastiques. On y voit, par exemple, une chaîne interminable de pédérastes, franchissant un mur pour redescendre de l'autre côté, sans aucune solution de continuité. Mais ce qui domine dans ce singulier ouvrage, ce sont les idées de torture et de mutilation, ce sont les descriptions du *plaisir sanglant*, dont un des exemples consiste à posséder une femme pendant que le sang coule à flots des incisions larges et profondes pratiquées sur ses seins.

Il ne s'agit point ici de spéculation pure, mais de faits réellement accomplis. Le marquis de Sade attirait chez lui des femmes, auxquelles il faisait subir les mutilations décrites dans son livre. Il fut enfin traduit en cour d'assises avec son domestique qui lui servait de complice. Ce dernier fut exécuté. Quant au marquis, la volonté

toute-puissante de l'empereur le fit transférer à Bicêtre. Napoléon avait jugé avec raison qu'il s'agissait, non d'un criminel, mais d'un aliéné.

Pendant longtemps on vit cet aimable vieillard, au visage souriant, s'entretenir dans des conversations pleines de bienveillance avec ses co-détenus et s'efforcer (sans beaucoup de succès) de les convertir à ses doctrines.

Le marquis de Sade a été souvent dépassé, car les tendances meurtrières dont je viens de vous parler peuvent aller jusqu'à l'anthropophagie.

Blumrœder a donné des soins à un homme qui, pendant le coït, avait eu la poitrine dévorée par une femme lascive.

Nous avons eu à la clinique de Sainte-Anne, un épileptique d'une vigueur extraordinaire, qui, dans des conditions semblables, avait mangé le nez de sa maîtresse, déchirant les cartilages et brisant même à coups de dents les os propres du nez.

Mais ce sont là, direz-vous, de simples accidents, des explosions de fureur érotique. Il n'en était pas ainsi dans le cas d'André Bichel, dont l'histoire a été rapportée par Feuerbach. Cet homme, après avoir violé des jeunes filles, les assassinait et les coupait en morceaux. Il raconta lui-même devant le tribunal qui le jugeait le démembrement d'une de ses victimes (Catharina Seidel).

« Je lui ouvris la poitrine, dit-il, et avec un couteau je fendis les parties molles; puis j'ai débité le corps comme un boucher ferait d'un veau. Je l'ai fendu en deux avec une hache, pour le faire entrer dans le trou que j'avais creusé d'avance sur la berge. Pendant toute cette opération, j'éprouvais un violent désir d'arracher un lambeau du cadavre et de le manger ». (1)

(1) Westphal *Archiv fur Psychiatrie*. Band VII. p. 302.

Ce désir, un véritable anthropophage, Léger, l'a satisfait.

Un vigneron de 24 ans quitte la maison de ses parents pour aller chercher une place. Au lieu d'accomplir raisonnablement son projet, il erre dans les bois pendant huit jours, pris d'un désir insensé de manger de la chair humaine. Il rencontre enfin une petite fille de douze ans, il la viole, puis il lui déchire les organes génitaux, lui arrache le cœur, le mange et boit son sang; puis il enterre le cadavre.

Arrêté peu de temps après, il fait tranquillement l'aveu de son crime. Il fut condamné et exécuté. L'autopsie fut faite par Esquirol, qui trouva des adhérences entre la pie-mère et les couches corticales du cerveau. S'agissait-il d'un début de paralysie générale?

Il y a peu d'années, un crime analogue fut commis par Menesclou sur une petite fille de six ans. On sait qu'à l'autopsie de ce criminel, qui fut aussi guillotiné, le professeur Ch. Robin trouva les lésions d'une méningite chronique.

Il serait facile de multiplier les exemples de ces aberrations qui relèvent évidemment de l'aliénation mentale; mais il nous semble inutile de dresser ici une liste qui ne saurait être complète. Qu'il nous suffise de noter trois points fondamentaux qui nous paraissent caractériser les actes de cette nature.

1° L'instinct sexuel n'est point satisfait par le coït; c'est une particularité que nous avons déjà notée chez les nymphomanes. Le désir se transforme aussitôt en fureur et conduit à la férocité, au meurtre et à l'anthropophagie.

2° Les criminels de cette espèce aiment à mutiler les organes génitaux de la victime. Il y aurait là une sorte d'instinct sexuel dépravé.

3° Presque toujours les sujets de cette espèce sont des

héréditaires. Ils sont quelquefois des imbéciles ou des demi-imbéciles; et souvent on trouve à l'autopsie des lésions anatomiques de l'encéphale, ce qui achève de démontrer que ces prétendus criminels sont de véritables malades, de vrais aliénés.

Je viens de vous montrer la forme la plus grave de la perversion de l'instinct sexuel, celle qui mène aux conséquences les plus terribles. Il me reste à vous parler des autres manifestations de cette tendance morbide, qui, pour être moins dangereuses en elles-mêmes, n'en sont pas moins contraires à la nature.

### II — *Nécrophiles*

Il est des sujets qui éprouvent une passion étrange pour les cadavres, et qui vont jusqu'à ouvrir les tombeaux pour profaner les corps qui y sont ensevelis. Le vieil Hérodote nous raconte comment Périandre, tyran de Corinthe, après avoir fait mourir sa femme Mélitta, eut des rapports sexuels avec le cadavre. Ce nécrophile historique a eu des émules à toutes les époques. On a vu, paraît-il, des prêtres violer les cadavres auprès desquels ils étaient chargés de réciter les dernières prières. Mais il faut franchir un pas de plus pour arriver à ceux qui, pour satisfaire leurs passions, vont jusqu'à déterrer les morts et briser leurs cercueils.

En 1848, on constata à plusieurs reprises au cimetière Montparnasse que les tombes récemment creusées avaient été profanées. Malgré les précautions qui furent immédiatement prises, ces attentats se renouvelèrent plusieurs fois de suite, et ce ne fut qu'après un temps assez long qu'on parvint à surprendre le coupable. C'était un sergent, nommé Bertrand, en garnison à Paris, dont la conduite paraissait irréprochable et qui avait d'excellentes notes au régiment. Cet homme, dont

la généalogie démontrait nettement qu'il était un héréditaire, avait tous les quinze jours environ des maux de tête extrêmement violents, qui précédaient les crises dans lesquelles se manifestaient ces désirs morbides. Il escaladait alors avec une grande agilité les murs du cimetière et déterrait les femmes récemment ensevelies, pour satisfaire sa passion. Traduit en conseil de guerre, il fut condamné à un an de prison. On voulut ainsi donner une juste satisfaction à l'opinion publique en évitant de prononcer l'acquittement, et rendre hommage à l'expertise faite par les aliénistes, qui avaient reconnu que Bertrand était atteint de folie.

On peut rapprocher de ce fait les profanations récemment accomplies au cimetière de Saint-Ouen par un des gardiens, qui allait jusqu'à déterrer des femmes mortes de la variole pour violer leurs cadavres. Cet homme était marié, et sa femme a pu témoigner de la brutalité de ses habitudes.

Une perversion aussi monstrueuse de l'appétit sexuel ne peut exister que chez des fous, et les nécrophiles sont certainement des aliénés.

Mais nous abordons maintenant un sujet différent et nous allons nous occuper d'une perversion sexuelle qui peut coïncider avec un état parfaitement normal de l'intelligence et même avec les facultés les plus brillantes de l'esprit.

### III — *Pédérastes*

On sait que les peuples les plus éclairés de l'antiquité n'ont point considéré la pédérastie comme un vice. A Sparte, la loi commandait aux vieillards de prendre pour amants des jeunes gens pour leur inculquer la vertu et leur inspirer le courage militaire. Dans tout le reste de la Grèce, la pédérastie, sans être formellement sanction-

née par la loi, était ouvertement pratiquée. Nous avons l'habitude de considérer l'antiquité à travers un prisme qui nous la montre sous les plus brillantes couleurs et nous empêche d'apercevoir ses turpitudes. Mais il faut bien se rappeler que plusieurs de ces figures héroïques, pour lesquelles nous avons conçu la plus juste admiration, étaient souillées par ce vice, qui ne diminuait en rien l'estime dont les entouraient leurs contemporains. Epaminondas, l'homme le plus vertueux de l'antiquité, était l'amant de ses propres soldats et lorsqu'il tomba glorieusement à la bataille de Mantinée, deux jeunes guerriers, ne voulant pas lui survivre, se tuèrent sur son cadavre. Le grand Alexandre, suivant l'expression d'un de ses historiens, était φιλοπαις ἐκμανως et son aversion pour les femmes était tellement prononcée qu'il fut difficile de lui faire prendre les soins nécessaires pour perpétuer sa dynastie.

Mais ce sont là les effets du vice et nous avons à nous occuper de la maladie.

La pédérastie est une passion qui touche quelquefois de près à l'aliénation mentale. Un exemple célèbre et presque historique de cette disposition morbide est celui du comte Caïus dont l'histoire nous a été rapportée par Casper. Cet homme, qui appartenait à une des plus grandes familles de Prusse, avait largement usé des femmes jusqu'à l'âge de 32 ans. Vers cette époque, blasé sur ce genre de jouissances, il s'était adonné à la pédérastie et avait bientôt choisi le rôle passif. Il avait des amants pour lesquels il éprouvait tous les sentiments d'une maîtresse ardente et jalouse ; il leur adressait des lettres brûlantes qui ont été lues au cours du procès, et leur faisait des scènes de jalousie, parce qu'il croyait avoir à se plaindre de leur fidélité.

Il avait fondé une société composée de sept pédérastes. Il donnait des soirées dans lesquelles des hommes se

déguisaient en femmes et jouaient un rôle féminin. Il fut enfin dénoncé et traduit en justice, et lorsqu'il parut devant les tribunaux, il déclara « *qu'il ne croyait pas avoir violé les lois de son pays.* » Grâce aux puissantes influences dont disposait sa famille, il fut considéré comme aliéné. Il est certain qu'il devait avoir l'esprit malade.

Une société analogue à celle qu'avait fondée le comte Caïus, a existé à Paris, dans les dernières années du second Empire. On y voyait figurer quelques-uns des plus beaux noms de France. On organisait des réunions où la moitié des invités se déguisaient en femmes ; et un personnage, qui s'affublait du costume de l'archevêque de Paris, bénissait les mariages.

Un hasard singulier fit découvrir cette association. Elle se réunissait dans une petite maison écartée, dans un quartier excentrique de Paris. Le gouvernement de l'époque, qui redoutait perpétuellement un danger politique, crut y voir une conspiration. La maison fut cernée et les personnages qui s'y trouvaient furent arrêtés : c'est ainsi que le secret fut découvert.

Il est incontestable que chez beaucoup de sujets, comme le fait très justement observer Casper, la pédérastie se produit en vertu d'une prédisposition originelle chez des sujets qui ont dès le principe des tendances efféminées (*viri molles*), qui aiment la toilette, qui portent des bijoux, qui se chargent les doigts de bagues et dont le langage a souvent une tournure singulière. Un pédéraste appelé à déposer en cour d'assises à la suite d'une rixe, s'écriait en parlant d'un agresseur qui l'avait attaqué par derrière : « *Ah! le misérable! il m'a frappé dans le bassin !* »

Souvent, chez ces individus, on trouve des signes non équivoques d'une maladie mentale. Leur arbre généalogique renferme les preuves d'une hérédité pathologique.

Leurs accès d'érotisme reviennent périodiquement. Enfin certains d'entre eux sont atteints de mal comitial. C'est surtout aux sujets de cette espèce qu'on peut appliquer l'épithète de congénitaux. Ils ont apporté en naissant une prédisposition cérébrale qui devait, plus tard, les rendre tributaires d'un vice qui n'était chez eux que la manifestation d'une maladie. Ce sont encore dans une certaine mesure des aliénés plutôt que des coupables.

Il existe aussi ce qu'on peut appeler la *pédérastie acquise;* c'est un penchant contre nature, qui peut résulter d'habitudes vicieuses, telles que l'alcoolisme ou la masturbation, mais qui reconnaît souvent pour cause d'autres maladies, telles que la paralysie générale au début, la cystite et les maladies de la prostate chez les vieillards.

La pédérastie se montre souvent chez les hermaphrodites, c'est-à-dire chez des sujets dont les organes génitaux mal developpés laissent planer un doute sur leur véritable sexe. Dans ces circonstances, on voit souvent des sujets, qui malgré les apparences appartiennent au sexe masculin, se prêter au rôle de la femme, et la réciproque est également vraie. On comprend que l'organisation physique du sujet est responsable ici de la perversion de l'appétit sexuel.

## IV — *Intervertis*

Il y a quelques années que Westphal a signalé ce qu'il appelle l'instinct sexuel interverti. Il s'agit des sujets qui, sans être des pédérastes, ont un penchant amoureux pour les individus de leur sexe .

Le véritable auteur de cette description est un haut fonctionnaire hanovrien, Carl Heinrich Ulrichs, qui, sous le pseudonyme de Numa Numantius, a raconté sa propre histoire. Il a formulé à cet égard une théorie fort ingé-

nieuse. Il suppose que de temps en temps, par une méprise du Créateur, une âme de femme se trouve incluse dans le corps d'un homme. Doctrine fort orthodoxe, car on sait que les théologiens admettent que c'est au quarantième jour de la vie intra-utérine que l'âme vient habiter le corps; jusque-là le fœtus est un corps sans âme.

On comprend sans peine la gêne que doit éprouver une âme féminine emprisonnée dans un corps masculin. Ses aspirations, ses penchants, son amour sont dirigés vers le sexe différent quant à l'âme, mais identique quant au corps. A ces organisations malheureuses, l'auteur donne le nom de *Urninge,* tandis que les *Dioninge* sont de vrais hommes.

Sans nous préoccuper de ces digressions fantaisistes, nous pouvons admettre la réalité du fait ,observé par de nombreux aliénistes en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, et en France par Legrand du Saulle, ainsi que par MM. Charcot et Magnan. Les intervertis peuvent appartenir à l'un et à l'autre sexe, mais cette perversion est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Les sujets de cette espèce ont souvent un beau développement physique, ils sont grands, forts, bruns; le système pileux est bien développé, la force musculaire considérable, les organes génitaux bien constitués. On prétend que chez eux les manifestations de l'appétit sexuel sont précoces; on assure qu'ils aiment la toilette, sont très soigneux de leur personne, épilent minutieusement leurs joues, portent des bagues, ont des allures théâtrales, se regardent fréquemment dans un miroir et parlent un langage plein d'affectation. Mais ce qui constitue un caractère plus important, c'est qu'ils ne versent presque jamais dans la pédérastie, qui leur inspire une vive répulsion. S'ils ne se contentent pas toujours d'un amour platonique, ils recherchent les embrassements

tendres et les caresses passionnées, mais ils ne vont pas plus loin. Presque toujours, ils ont des antécédents héréditaires; presque toujours, ils présentent quelques troubles intellectuels parmi lesquels on signale la folie du doute, la manie de compter les objets ou de refaire plusieurs fois le même chemin.

Mais ils savent toujours ce qu'ils font, ils sont atteints de *folie avec conscience*.

D'après Numa Numantius, la proportion des intervertis serait de 1 sur 500. J'ignore sur quels renseignements il a pu baser cette statistique ; en effet, le nombre des cas qui nous sont connus ne dépasse guère une trentaine ; il est vrai que nous ignorons ce qui se passe derrière le mur de la vie privée.

Messieurs, j'ai terminé le tableau de la folie érotique. En vous conduisant sur ce terrain difficile, je n'ai pas eu, je le répète, l'intention de satisfaire une curiosité malsaine : j'ai voulu vous montrer l'une des manifestations les plus fréquentes et les plus remarquables de ces délires partiels, dont la connaissance est indispensable aux aliénistes qui veulent remplir dignement le rôle d'experts auquel la justice peut les appeler. J'espère que vous ne regretterez point le temps que nous avons employé à parcourir cette province de l'aliénation mentale, et à développer les considérations d'ensemble qui découlent des faits cliniques dont je vous ai tracé l'histoire.

NOTE

# SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

Dans l'article ÉPILEPSIE DU DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, on trouve au sujet du traitement de l'épilepsie, les indications suivantes : (I[re] Série, Tome XXXV, page 209, dernière ligne) : « L'atropine semble encore préférable à la dose de 4 à 5 milligrammes (Kœllner, Ball, *Encéphale* 1881) ; » et un peu plus loin, page 210, ligne 27, « Ball a recommandé l'association de trois bromures, médication du trépied ; Fusier (*Encéphale* 1885) a rapporté l'observation d'une malade traitée en vain par le bromure de potassium et guérie par les trois bromures associés. »

Il m'est impossible de laisser passer sous mon nom des erreurs aussi manifestes. M. Burlureaux a le plus grand tort de ne point lire attentivement les auteurs avant de les citer.

Je n'ai jamais recommandé l'usage de l'atropine, ni celui des trois bromures associés (on ne dit pas lesquels). Le traitement employé par M. Fusier a toujours été celui que j'ai recommandé dans un article rédigé sous mon inspiration par M. le D[r] Boyé. (*Encéphale* 1881, page 90.) Il consiste dans l'emploi de l'oxyde de zinc, de l'extrait de belladone et de deux bromures associés : bromure de sodium et d'ammonium, d'après des règles que j'ai tracées. C'est à la réunion de ces trois médicaments (le brome, la belladone, le zinc), que j'ai donné le nom de *trépied*.

Les médecins qui suivraient les indications parfaitement erronées de M. Burlureaux, s'exposeraient à des mécomptes dont je ne veux point endosser la responsabilité.

B. BALL

# DES DÉLIRES MULTIPLES
## ET DES INTOXICATIONS D'ORIGINE DIFFÉRENTE
### CHEZ LE MÊME INDIVIDU

**Par M. G. PICHON**

Chef de clinique de la Faculté, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne

*Mémoire couronné par la Société médico-psychologique* (Prix Esquirol)

---

## PREMIÈRE PARTIE

**Préliminaires. — Historique et considérations critiques**

La question si intéressante des délires multiples, de la coexistence de plusieurs modalités délirantes chez un seul malade a été remise à l'ordre du jour ces dernières années. Elle a fait le sujet d'un prix à la Société médico-pyschologique, et a fourni matière à plusieurs monographies intéressantes, dont la plus récente est, croyons-nous, la thèse de Dericq (1).

Il reste et il restera toujours bien des points à élucider, dans un sujet aussi difficile et aussi délicat. Il n'y a pas en effet d'étude plus difficile que celle qui consiste à analyser chez un aliéné les différents caractères d'un délire pour remonter ensuite à la source, à la notion pathogénique. Or, dans la thèse qui nous occupe, il ne s'agit pas seulement d'analyser, mais il faut en quelque sorte synthétiser.

Dans un délire multiple, il ne faut pas seulement envi-

(1) Dericq. — Thèse de Paris, 1886.

sager l'aliéné sous un côté, il faut le retourner, l'analyser sous toutes ses faces, considérer non seulement l'évolution même de la maladie, mais la cause et le traitement. Puis, cela fait, il faut en faire la synthèse, c'est-à-dire, mettre une étiquette sur les différentes formes délirantes observées.

Or, c'est ici que la tâche est difficile, c'est ici que surgit un véritable écueil, il faut bien se garder, dans cette question, de *confondre la maladie et le symptôme.* On est toujours porté en effet à considérer dans les symptômes des éléments indépendants, disparates, des maladies distinctes en un mot, alors qu'il n'y a que des manifestations d'une seule et même maladie. En médecine ordinaire, il est déjà quelquefois difficile de découvrir, de dissocier chez un malade, des éléments morbides différents, des maladies étrangères l'une à l'autre et seulement associées, lorsque cependant on a comme moyens d'études, des faits objectifs, la plupart du temps, et qui tombent sous les sens. On comprendra dès lors avec quelles difficultés on aura à lutter lorsqu'il s'agira de dissocier, non plus des lésions physiques, mais des troubles de l'esprit, des délires, en un mot, qui se prêtent quelquefois si peu à l'analyse, encore moins à la synthèse.

Cependant, ces délires multiples, ces modalités délirantes, coexistantes chez le même individu, existent bien réellement. La clinique le prouve surabondamment. Pour ne citer qu'un exemple entre mille : un persécuté systématisé se présente à nous avec les hallucinations de l'ouïe ordinaires, mais il dort mal, il voit la nuit des bêtes, des brigands qui viennent pour le tuer. Que devons-nous conclure ? Comment devons-nous interpréter ces hallucinations terrifiantes, cette agitation nocturne ? Devons-nous y voir un phénomène de même ordre que les hallucinations de l'ouïe qu'il présente ? Évidemment

non. Nous devons voir dans cet aliéné deux états bien différents : un état vésanique, le délire de Lasègue, caractérisé par les hallucinations de l'ouïe *sui generis*, et un délire alcoolique auquel ressortissent l'insomnie et les hallucinations de la vue. Mêler ici ces deux états, ne voir qu'une seule maladie, serait une erreur clinique au premier chef, très préjudiciable au malade. Il faut y voir deux éléments morbides distincts, deux affections absolument différentes, simplement *coexistantes* et non *combinées*.

Il y a non seulement un intérêt scientifique réel dans l'étude des délires multiples pouvant coexister chez le même individu, mais l'intérêt même du malade, dans la question du pronostic et du traitement, exige qu'on connaisse ces différents délires qu'il peut présenter, évoluant chez lui côte à côte, sans mélanger leurs éléments. Dans l'exemple précédent, en effet, il ne faudrait pas s'en laisser imposer par les accidents éthyliques présentés et porter dès lors un pronostic bénin, car la marche ultérieure de la maladie nous donnerait tort. C'est un persécuté qui a fait des excès de boisson ; le délire alcoolique s'est alors surajouté au délire vésanique. Ce sont deux délires non seulement coexistants, mais absolument différents, absolument indépendants, et la preuve en est qu'au bout de quelques jours de séquestration, le délire alcoolique, c'est-à-dire les hallucinations terrifiantes de la vue, l'insomnie, disparaîtront, tandis que le délire des persécutions, dont la marche est fatale, continuera à évoluer.

On voit donc combien il importe, dans l'intérêt de l'aliéné, d'être fixé sur l'existence et la marche de ces délires multiples.

Eh bien ! nous croyons, malgré la difficulté que leur étude présente, qu'il est possible de se guider dans l'analyse de ces différents états. Ceux-ci (qu'on me per-

mette une comparaison) occupent pour ainsi dire un même pays conquis. L'aliéné, dans ces conditions, présente assez bien l'image d'une ville assiégée par une armée ennemie. Dans l'espèce, cette armée ennemie serait formée de légions étrangères les unes aux autres, et simplement alliées pour l'attaque.

Or, nous croyons qu'en se basant sur la notion pathogénique, autant et plus que sur la nature de la maladie, mot quelquefois très vague en médecine mentale, on peut avoir une méthode d'analyse sûre qui permet de voir chez un même malade des délires distincts, et qui justifie leur dissociation. En d'autres termes, nous croyons qu'en remontant à la source, à la cause des différents délires présentés par certain malade, on peut trouver des données suffisantes pour affirmer chez lui la coexistence de plusieurs délires.

Cette question des délires multiples a donc sa place marquée dans les cadres de la médecine mentale. L'existence de ces délires est une réalité clinique, indéniable, surabondamment prouvée par ces cas complexes, dans lesquels l'analyse psychologique décèle à côté du délire principal une seconde, quelquefois même une troisième modalité délirante, qui n'a avec lui aucune communauté d'origine.

De plus cette question des coexistences de plusieurs délires jette un grand jour sur certains points de diagnostic douteux, ou du moins sur certains points litigieux de médecine mentale. C'est ainsi que Lasègue, en traçant pour la première fois de main de maître les grandes lignes du délire des persécutions, avait avancé que la présence des hallucinations de la vue devait faire éliminer le délire des persécutions, ou devait être regardée *comme un élément surajouté*. Depuis, quelques aliénistes ont admis qu'il pouvait y en avoir, mais qu'elles étaient rares. Or, l'étude des délires multiples

a prouvé, par l'observation attentive de faits nombreux, combien les réserves de Lasègue étaient justifiées; cette étude a montré avec la dernière évidence que les cas de délire de persécutions, rangés exclusivement sous cette étiquette, et dans lesquels des hallucinations de la vue se mêlaient aux hallucinations de l'ouïe, étaient des cas mal observés dans lesquels un élément étranger, le délire alcoolique, venait se surajouter au délire primitif. La question est ainsi élucidée. Il n'y a plus à débattre s'il peut y avoir ou non des hallucinations de la vue dans la maladie de Lasègue; il n'y en a pas. Il ne doit pas y en avoir par définition même. Leur présence n'implique pas, cela va sans dire, l'exclusion de cette vésanie, mais on sait maintenant que quand on les y trouve, elles sont imputables à un état délirant absolument étranger et surajouté : l'alcoolisme.

Il en est ainsi de la question si longtemps controversée des hallucinations dans leurs rapports avec la paralysie générale. Nous verrons que cette question litigieuse trouve sa solution également dans l'étude des coexistences et nous citerons plusieurs observations à l'appui.

Bien d'autres questions, nous le verrons dans les autres parties de notre mémoire, se trouvent encore élucidées par la connaissance des délires multiples chez le même individu.

Cette question nous a donc paru présenter une importance de premier ordre, et c'est ce qui nous a engagé à en faire le sujet du présent mémoire. Un point a plus spécialement attiré notre attention, c'est la coexistence de plusieurs délires par intoxications.

Nous pensons que non seulement par une observation attentive, on peut chez un aliéné dissocier les éléments vésaniques, comitiaux, paralytiques ou alcooliques, mais qu'il est possible chez un délirant par intoxication, en

analysant soigneusement les symptômes présentés, de découvrir et de différencier les agents d'intoxication. En d'autres termes, chez un malade qui a fait usage simultanément de plusieurs poisons, on peut, dans certains cas, faire la part de ce qui appartient aux différentes intoxications, à tous les délires toxiques si variés.

Et on peut dire que c'est là un problème qui n'est pas dépourvu d'intérêt, si l'on songe qu'à notre époque beaucoup de gens sont exposés à contracter différentes intoxications. Je fais allusion, en ce moment, à toutes ces intoxications bizarres, qui, avec l'alcoolisme et l'absinthisme, font actuellement tant de victimes : je veux parler de la morphinomanie, de l'éthérisme, etc., et des états analogues. A notre époque, il y a une tendance pernicieuse qui pousse les gens d'une catégorie que nous étudierons plus loin, à rechercher la satisfaction de leurs appétits maladifs dans des intoxications très préjudiciables à leur intelligence.

Quelques-uns, il est vrai, entrent dans la maladie par la porte de la thérapeutique. Mais plusieurs y entrent poussés surtout par la recherche de sensations inconnues qu'ils ont entendu vanter.

Placé dans un grand service d'aliénés, il nous a été donné d'observer de ces cas intéressants de délires toxiques et d'intoxications variées chez un seul malade. Ces cas nous ont paru intéressants non seulement à cause de la nature de l'intoxication, mais surtout, dans l'espèce, à cause de la complexité des phénomènes toxiques observés, complexité qui permettait cependant de reconnaître et de faire la part des différents états.

I. — Ces observations d'intoxications d'origine différente chez le même individu seront rapportées dans la

*troisième partie* de notre mémoire, à la suite de notre étude sur les les délires toxiques multiples.

II. — Dans la *deuxième partie* nous étudierons, avec des faits à l'appui, les délires multiples à proprement parler.

III. — Mais auparavant il nous a paru intéressant, en raison de l'importance du sujet, d'étudier l'historique de la question et de nous livrer, dans une *première partie*, à quelques considérations critiques, en demandant toute l'indulgence du lecteur pour un sujet encore nouveau et d'une analyse si délicate.

*Historique.* — Disons, d'abord, bien que nous n'ayons nullement la prétention de faire ici une revue complète, que la connaissance des délires multiples ne remonte pas à quelques années seulement. Les grands aliénistes du siècle, je parle d'aliénistes qui vivaient vers 1840, vers 1850, époque où les études médico-psychologiques brillèrent d'un si vif éclat, ont publié dans ce sens des faits cliniques très probants.

Du reste, Esquirol, comme le fait remarquer très judicieusement Dericq, avait déjà fait observer « que des épileptiques sont monomaniaques... », ce qui implique déjà une parfaite connaissance de la coexistence chez le même individu de deux délires différents (1). Mais sans remonter jusqu'à Esquirol, on trouve dans Morel, ce grand observateur qui a déjà étudié et signalé tant de faits *découverts après lui*, des descriptions qui ne permettent aucun doute à ce point de vue. C'est ainsi que

(1) On trouve même dans Hippocrate la preuve que ces délires multiples n'avaient pas échappé aux médecins de l'antiquité. Du moins, l'existence simultanée de la mélancolie et de l'épilepsie y est mentionnée : Tome V, p. 355 (*Traité de la maladie sacrée*). Les épileptiques deviennent mélancoliques et réciproquement... etc. (Hippocrate traduction par E. Littré. Paris, 1848.

dans son traité des *dégénérescences mentales* (1) et dans ses *études cliniques*, on trouve chez des héréditaires non seulement ce délire fugace qui, par son apparition et sa disparition brusque, marque pour ainsi dire la tare originelle de l'état de dégénérescence mentale; mais aussi souvent chez le même héréditaire, il décrit des hallucinations visuelles dont le caractère de mobilité et les allures terrifiantes et professionnelles ne laissent aucun doute sur l'élément coexistant dans l'espèce : l'alcoolisme (2).

On trouve aussi, signalés chez le même individu, le délire que l'on a très bien décrit depuis sous le nom de *bouffées délirantes* des dégénérés, et le délire alcoolique. Assez souvent même, on trouve en même temps décrites ces impulsions diverses que l'on a réunies depuis dans une tentative de synthèse, sous le nom d'*états syndromiques*, et sur lesquels je n'ai pas à insister ici. En un mot, on trouve déjà réunis dans une même description, non seulement l'état mental et l'état délirant si spéciaux qui en font des dégénérés, mais on y dépeint très nettement l'influence étrangère, l'éthylisme, qui, lui aussi, se manifeste par un état délirant particulier. On ne peut donc refuser à Morel d'avoir décrit la coexistence de deux modalités délirants chez le même individu et d'en avoir donné l'origine.

Dans son traité des maladies mentales, on trouve également des faits du même genre à l'article *Délire hypo-*

(1) B. A. Morel. *Traité des dégénérescences physiques intellectuelles et morales de l'espèce humaine, et des causes qui produisent ces variétés maladives.* Paris, 1857. J. B. Baillière et fils.

(2) C'est surtout dans son traité classique que l'on trouve indiquée nettement cette *rémittence*, comme caractère pathognomonique du délire chez les héréditaires (Voy. p. 525). On lira, à ce propos, avec beaucoup d'intérêt, tout le chapitre des aliénés héréditaires de la 1re classe, p. 521. On verra qu'on a peu ajouté depuis à la symptomatologie du délire chez les héréditaires, qui y est traitée magistralement.

*chondriaque*, nom sous lequel Morel confondait la plupart des monomaniaques qui devaient plus tard rentrer dans le délire des persécutions de Lasègue; on trouve dans cet ordre d'idées, nettement indiqués, quelquefois des cas dans lesquels évoluent côte à côte chez le même individu, le délire des persécutions avec ses hallucinations de l'ouïe, le délire propre aux héréditaires, puis enfin le délire alcoolique avec son délire *sui generis;* on voit l'internement faire cesser celui-ci et n'avoir aucune prise sur les deux premiers (1).

Je pourrais ici, sans utilité, multiplier les exemples, démontrant que non seulement Morel, mais les aliénistes de son temps, avaient signalé les délires multiples, avaient donné des exemples de coexistence chez le même individu de délire d'origine différente.

On peut même aller plus loin en ce qui regarde le délire alcoolique, on peut même dire que l'élément éthylique considéré comme élément surajouté, se trouve mentionné par tous les auteurs qui, depuis Magnus Huss (2), se sont occupés d'aliénation mentale. Nous avons même vu que Morel, dans sa description, décrit cette coexistence du délire alcoolique avec les vésanies.

Les auteurs ont, en effet, signalé chez certains aliénés, les paralytiques généraux par exemple, la présence de l'éthylisme. Que cette imprégnation alcoolique soit ici cause ou effet, elle existe bien réellement, et tout le monde est d'accord sur ce point; en pareil cas Lasègue fait remarquer qu'en se livrant à la boisson, le paralytique, au début, est conséquent avec lui-même et avec ses idées délirantes. Il fait montre et ostentation de sa for-

(1) M. Magnan, dans une historique sur la question des hypocondriaques de Morel, va trop loin, croyons-nous, lorsqu'il déclare que la *plupart d'entre eux* rentrent exclusivement parmi les dégénérés.

(2) Magnus Huss, *Chronische alkoholskrankheit oder Alkoholismus chronicus. Stockholm,* 1852, Fritze.

tune, de sa générosité. Or, on sait que dans un certain milieu, le meilleur moyen de prouver ses largesses, c'est de payer à boire. Il paye donc à boire à des voisins, surtout dans cette période de la maladie que Régis a dénommée avec beaucoup de raison période de dynamie fonctionnelle. Il résulte bientôt de cette manière de faire un état caractérisé par un délire *sui generis :* hallucinations, craintes imaginaires, etc.; cet état, ce délire se surajoute à l'état mental, au délire préexistant, *délire ambitieux* dans l'espèce, et on assiste alors à l'évolution d'un véritable *délire multiple.*

Le fait est même tellement fréquent, dans certains services où l'on observe les malades, immédiatement à leur entrée, au début de leur séquestration, comme le service de l'Infirmerie spéciale et de la Clinique, que nous le considérons comme banal. Les paralytiques qu'il nous a été donné d'observer dans ces services, et nous en avons vu un grand nombre, présentaient presque toujours des acccidents alcooliques, qui quelquefois couvraient l'affection mentale principale. Mais, quelques jours d'internement, et l'état mental si caractéristique apparaissait bientôt isolé, avec sa marche fatale et progressive.

Tous les auteurs, du reste, qui depuis vingt-cinq ou trente ans ont écrit sur la paralysie générale, ont décrit cette coexistence. Les uns, il est vrai, comme M. Magnan, l'ont décrit comme cause et effet; les autres, comme Lasègue, y ont vu surtout un effet; mais tous ont noté l'évolution simultanée de ces deux états délirants ayant une origine différente : délire ambitieux et délire alcoolique.

II. — Voilà pour ce qui est de la coexistence de l'alcoolisme avec différents états psychopathiques, vésaniques paralytiques ou autres. La question a donc, comme on le voit, été entrevue depuis longtemps. Si maintenant nous passons en revue la coexistence des autres états

vésaniques et comitiaux entre eux, et avec l'alcoolisme : délire épileptique, délire de persécution, délire mélancolique, on trouve que depuis assez longtemps aussi, ces différents états ont été décrits et signalés.

Mais, il résulte de nos recherches, que la première description *méthodique*, *synthétique*, de ces délires multiples, remonte à Lasègue qui en a fait le premier une étude séparée, en 1867, description qu'on a, je crois, trop oubliée. Et, je ne le cacherai pas ici, c'est cet oubli envers ce grand maître, dans cette question des délires multiples, qui nous a poussé à nous étendre sur cet historique plus que ne le comporte le cadre de notre travail. Dans cette question des délires multiples, Lasègue occupe incontestablement la première place, et nul ne saurait la lui disputer. Nous pourrions ici, à propos des délires multiples, rappeler ce qui a été dit à propos du délire des persécutions, et dire que ceux qui ont écrit depuis, sur le même sujet, ne peuvent guère être considérés que comme les vulgarisateurs de ses idées.

C'est en effet, dans un article connu de tout le monde et publié dans les *Archives générales de médecine*, en 1868, c'est dans son étude sur l'alcoolisme subaigu, que Lasègue, le premier, dans un chapitre spécial (1), « se propose d'étudier les modes d'association les plus communs de délire alcoolique avec d'autres affections délirantes. » Il passe ainsi en revue successivement, dans des paragraphes différents, la coexistence du délire alcoolique avec la paralysie générale, avec le délire des persécutions (où l'on trouve le diagnostic différentiel entre le persécuté alcoolique et le persécuté vésanique, dans un exposé magistral sur lequel nous reviendrons), avec le délire épileptique, avec le délire aigu des maladies fébriles. — Dans tous ces cas, « on peut décomposer,

(1) Chap. III.

ajoute-t-il, par l'analyse, cet état complexe où l'alcoolisme et l'épilepsie accusent leur présence par des symptômes caractéristiques »,... il est possible « dans le cas où l'aliéné persécuté s'est exposé à une intoxication alcoolique subaigue, de reconnaître la présence des deux éléments. » Dans le même ordre d'idées, il décrit chez le paralytique général la présence simultanée du délire expansif et du délire alcoolique; « seulement, dit-il à ce propos avec beaucoup de raison, il est extrêmement difficile, même aux médecins les plus expérimentés, de reconnaître la part qui revient à l'alcoolisme dans l'excitation d'un paralytique. »

S'il ne décrit pas l'influence alcoolique chez les mélancoliques, comme on l'a fait depuis, c'est que les mélancoliques, « par leurs préoccupations, ne se livrent pas à des abus qui supposent toujours un reste d'appétit instinctif et de volonté (1). »

On ne saurait donc mettre en doute que c'est à Lasègue que revient l'honneur d'avoir le premier décrit la coexistence de l'alcoolisme avec des affections délirantes si variées : paralysie générale, épilepsie, délire des persécutions, affections aiguës.

Lasègue, il est vrai, n'a pas décrit dans un chapitre spécial la coexistence de l'alcoolisme et de la dégénérescence mentale héréditaire; mais, qui plus que lui a insisté sur les prédispositions congénitale, héréditaire, à devenir alcooliques? Il y revient dans toutes ses publications sur l'alcoolisme; partout et toujours il fait ressortir l'influence primordiale de l'imprégnation héréditaire dans l'intoxication éthylique. Il suffit de lire, surtout pour s'en rendre compte, sa série de leçons sur les manifestations cérébrales de l'alcoolisme; on verra quelle importance étiologique il accorda à l'hérédité sur

(1) Loc. cit.

la production du délire en pareil cas. N'est-ce pas Lasègue qui a dit, en effet : « Ne devient pas alcoolique qui veut », faisant entendre clairement par là que pour délirer sous l'influence de la boisson il fallait un appoint, une prédisposition héréditaire? Or, établir aussi nettement une relation de cause à effet entre ces deux facteurs : dégénérescence mentale héréditaire et éthylisme, n'est-ce pas indiquer implicitement la coexistence de ces deux états? Evidemment si, et on ne pourrait le nier.

Cette coexistence de l'élément alcoolique avec un élément délirant étranger : délire expansif de la paralysie générale, délire épileptique, délire de persécution, délire des héréditaires, a donc été décrit très nettement par Lasègue, et c'est à lui que revient cette paternité indéniable.

Six ans plus tard, en 1874, M. Magnan, à la suite de son travail important sur l'alcoolisme (1), reprend cette question. Dans un chapitre terminal qu'il intitule « *Combinaisons de l'alcoolisme avec diverses formes mentales, et son association avec les maladies intercurrentes* », il reprend, dans le même ordre que Lasègue, la combinaison de l'alcoolisme avec la paralysie générale, avec le délire des persécutions, avec l'épilepsie, la débilité mentale et les affections aiguës intercurrentes. Mais il étudie, de plus, la combinaison possible de cette intoxication avec la dipsomanie.

On doit dire même que sous ce rapport, il établit un caractère différentiel entre ces deux états qui peuvent exister simultanément, la dipsomanie et l'alcoolisme, celui-ci étant une conséquence forcée du premier au bout de quelque temps. « La dipsomanie, dit M. Magnan, est une forme particulière de monomanie instinctive

(1) Magnan. — *De l'alcoolisme. — Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, 1874. (Prix Civrieux, 1872.)

puisant le plus souvent son origine dans l'hérédité ; l'alcoolisme, au contraire, est un simple empoisonnement qui se traduit chez tous de la même manière. » — Or, on sait que Lasègue (1), loin d'admettre la coexistence possible de ces deux états, affirmait leur antagonisme : « Le dipsomane, dit-il, boit autant et plus que l'acoolique, mais il ne s'alcoolise pas »....., il est préservé des aventures mentales de l'alcoolisme : pas d'hallucinations transitoires, pas de terreurs; personne n'a vu un dipsomane, même imbibé à l'extrême par la boisson, entrer dans l'impasse de l'alcoolisme chronique. » — Bien que les dipsomanes véritables soient rares, il nous a été donné d'en observer quelques cas, et comme l'ont, du reste, noté la majorité des aliénistes, malgré l'autorité du grand nom de Lasègue, nous avons toujours trouvé alors des crises nocturnes, des hallucinations terrifiantes avec leur caractère mobile et professionnel, qui ne laissaient aucun doute sur la coexistence d'un élément spécial surajouté : l'alcoolisme.

Quelle que soit l'école à laquelle on appartienne, on ne peut nier qu'ici, malgré son grand sens clinique, Lasègue ait été trop loin lorsqu'il déclarait que non seulement ces deux états ne pouvaient coexister chez le même individu, mais qu'ils se contrariaient mutuellement. Je crois que la clinique montre des cas indiscutables où ces deux éléments, loin d'être ennemis, sont au contraire dans un rapport de causalité des plus étroits (1).

Aussi M. Magnan dans son étude sur l'alcoolisme, a-t-il signalé la dipsomanie et l'alcoolisme comme deux états pouvant se surajouter l'un à l'autre. Le dipsomane en

(1) *Archives générales de médecine*, 1882. Dipsomanie et alcoolisme.

(2) Nous avons eu en même temps à la Clinique trois dipsomanes qui, à leur entrée, étaient en même temps de véritables alcooliques. On pourrait, je crois, signaler bien d'autres faits qui infirment l'opinion de Lasègue.

pareil cas est « un aliéné ordinaire, mais, après quelques jours d'excès, l'intoxication se produit, et le dipsomane se présente avec le délire alcoolique que nous connaissons : il a des hallucinations pénibles, des tremblements, de l'insomnie, de l'embarras gastrique, etc. » Et c'est là une étape qu'il faut bien se garder d'omettre, pour être juste dans l'étude des délires multiples, d'autant que cette assertion s'appuie sur une observation clinique montrant ces deux états évoluant côte à côte avec leurs caractères propres sans se confondre; on y voit même plus qu'une *combinaison*, expression dont se sert l'auteur, on y voit une véritable coexistence,

C'est que cette expression de *coexistence de plusieurs délires*, synonyme de délires multiples chez le même individu, n'avait pas encore été donnée pour désigner l'existence simultanée, chez un seul aliéné, de plusieurs états délirants de nature et d'origine différentes.

On trouve décrits, il est vrai, depuis longtemps, ces délires multiples, et nous avons vu qu'en dehors des anciens aliénistes et de Morel, Lasègue les avait décrits avec beaucoup d'exactitude, dès 1868, mais l'expression de *coexistence* n'a été employée que plus tard.

On doit avouer, en effet, qu'il n'y a pas là une simple question de mots, mais une véritable question de doctrine. Lasègue, en 1868, s'était servi du mot de *complication* qui n'avait pas une signification juste et précise. Dans sa *première* publication, M. Magnan emploie le mot *combinaison*, expression également peu précise, puisqu'elle semble indiquer qu'il y a dans le délire multiple un état mixte, une *résultante*, un état hybride en quelque sorte; ce n'est pas du tout la pensée de l'auteur, puisque dans le même travail il dit : « Ce sont là des accidents d'origine différente, que l'analyse, d'ailleurs, permet de distinguer. »

Il y a des cas évidemment où l'alcool, par exemple,

imprime un caractère particulier à l'état délirant auquel il se surajoute, que cet état délirant soit l'épilepsie, la paralysie générale, le délire des persécutions ; il y a bien, en d'autres termes, dans beaucoup de ces cas un état véritablement hybride : ce sont ces cas qui forment une combinaison dans laquelle il est impossible de voir deux évolutions différentes ; c'est bien là une résultante de plusieurs états, plutôt que des états distincts. Mais, à côté de ces cas, il existe des faits très nets, dans lesquels, chez le même aliéné, chaque délire conserve sa physionomie, son allure, sa thérapeutique même spéciale, sans jamais se confondre.

En 1880, M. Magnan analysa ces différents délires chez le même aliéné, qui paraissent s'entremêler, se combiner. Il parvint à les dissocier et les décrivit sous le nom de *coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même individu* (1). L'expression de *délire multiple* qui n'a pas, du reste, que la signification précise que nous lui donnons ici, remonte très haut.

Dans ce travail publié dans le premier numéro des *Archives de neurologie,* on retrouve avec plus de développements la coexistence du délire alcoolique avec les divers états délirants, étudiés déjà par Lasègue et par le même auteur quelques années auparavant. On y trouve en plus deux observations de délire alcoolique chez les dipsomanes. Nous préférons cependant, comme nous le disions dans nos préliminaires, substituer le mot *origine* au mot *naturel* employé ici. Et ce n'est pas ici une simple affaire de dénomination ; car, dans une analyse aussi délicate que celle des différents éléments délirants chez un aliéné, le point de repère est précisément l'origine de telle et telle modalité délirante ; tandis

(1) Magnan. — Coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même individu. *Archiv. neurol.*, 1881, nº 1.

que le mot nature, quand il s'agit surtout de faits psychologiques, est toujours un peu vague.

Par ordre chronologique et par ordre d'importance, ce travail marque une étape sérieuse dans l'étude des délires multiples, et doit venir après le travail de Lasègue, antérieur de douze ans. De plus, on y décrit pour la première fois la coexistence de l'épilepsie avec le délire des persécutions.

On y trouve, en effet, trois observations où l'on voit les deux délires, vésanique et épileptique, évoluer côte à côte, et susceptibles d'être décrits séparément avec leurs caractères propres.

L'auteur donne dans un dernier paragraphe, deux observations où l'on voit l'alcoolisme joindre son cortège de symptômes bruyants aux symptômes de deux autres maladies nerveuses : le délire des persécutions et le délire épileptique. Trois délires évoluent ainsi chez le même individu, en conservant chacun sa physionomie particulière, de façon que leurs symptômes propres peuvent être reconnus par l'analyse clinique.

Dans ce travail, la source originelle de ces délires multiples est indiquée. Il les montre évoluant côte à côte, sans jamais se confondre, et établit que pour chacun d'eux, c'est la même cause qui a présidé à l'éclosion : l'hérédité.

En pareil cas, ajoute cet auteur, il est possible chez un délirant multiple, de voir l'origine des trois délires, associés, chez les procréateurs.

La vésanie du *père*, l'épilepsie de la *mère*, l'alcoolisme de *l'un et de l'autre*, se retrouveraient dans le triple délire multiple en question. La transmission serait, d'après cet auteur, la plupart du temps similaire. Nous reviendrons plus loin sur cette transmission similaire, invoquée pour expliquer l'éclosion simultanée de plusieurs délires chez un seul individu. Nous verrons

alors que si la clinique confirme quelquefois cette transmission similaire des délires multiples chez le même individu, bien des faits y échappent.

Dans ses leçons sur l'épilepsie (1), le même auteur se sert de nouveau de l'expression *coexistence,* et le mot de *combinaison* admis dans son premier travail est rejeté cette fois : il y a alors, dit-il, en parlant de l'existence simultanée de l'épilepsie et d'un autre état psychopathique, « une *coexistence* de deux états morbides bien différents, qui se compliquent *sans jamais se combiner*, tout en conservant chacun leurs caractères propres. » Il cite à l'appui trois observations de délire épileptique compliqué de délire mélancolique, et deux observations de coexistence de délire des persécutions, également chez des comitiaux.

Dans une série de leçons récente sur la dipsomanie (2), M. Magnan revient sur la complication de la dipsomanie par l'alcoolisme, complication déjà étudiée par le même auteur en 1872 : il donne trois nouvelles observations de coexistence de dipsomanie et d'alcoolisme. Nous avons déjà dit qu'il y a plus ici qu'une complication, il y a presque une règle. Non seulement les dipsomanes peuvent devenir alcooliques en raison de leurs excès paroxystiques quelquefois considérables, mais ils le deviennent plus facilement peut-être que d'autres aliénés. Car ils présentent un milieu de réceptivité, un terrain éminemment favorable à l'éclosion du délire alcoolique. Les dipsomanes sont pour la plupart en effet des héréditaires dégénérés, c'est-à-dire les malades qui délirent avec le plus de facilité, et sous l'influence de la plus petite cause.

Nous ne devons pas oublier de signaler ici comme

(1) Leçons sur l'épilepsie. Leçons publiées in *Progrès médical*, 1881.
(2) Magnan. Leçons sur la dipsomanie. In *Progrès médical*, 1884.

contribution à l'étude des délires multiples, une observation intéressante publiée en 1879 par M. Briand (1), dans laquelle on voit chez une femme évoluer distinctement un état dipsomaniaque qui forme le fond du délire, un deuxième délire alcoolique, et peut-être même un certain état mélancolique. Car, ainsi que le dit M. le professeur Ball, nous ne saurions admettre que la mélancolie et la dipsomanie puissent être confondues (2), et quand ces deux états se trouvent chez le même individu, on doit vraisemblablement les regarder comme deux éléments surajoutés l'un à l'autre. La dipsomanie, en un mot, considérée en elle-même, n'a pas le caractère de la mélancolie et ne peut, dès lors, être dénommée mélancolie impulsive. C'est du moins l'avis de la plupart des aliénistes.

Dans le même ordre d'idées, nous devons signaler une observation publiée par M. Garnier en 1880 (3). Cette observation est intéressante au triple point de vue de la coexistence de deux délires évoluant avec leurs symptômes propres, de la double influence héréditaire (épilepsie de la mère, mélancolie suicide de la tante paternelle), et enfin de l'importance médico-légale qu'elle soulève.

Remarquons, en passant, dans cette observation, que l'influence héréditaire n'est pas similaire.

Ici, enfin, se place par ordre chronologique la thèse de Dericq (4) dont nous parlions au commencement de cet article. Avant de passer à la deuxième partie de notre mémoire, nous demandons la permission de nous arrêter un instant, d'autant que ce travail, le dernier en

(1) Briand. *Mouvement médical*. 8 nov. 1879, n° 45.
(2) Professeur Ball. Maladies mentales. Chap *Dipsomanie*.
(3) Garnier, 1880. *Gaz. hebdom.*, n° 9. 27 février 1880.
(4) *Loc. cit.*

date, présente assez bien l'état actuel de nos connaissances sur la question.

Dans ce mémoire, on trouve décrites les coexistences que la clinique a pu noter chez le même aliéné. L'auteur passe en revue non seulement les délires multiples étudiés jusqu'à lui, mais il y ajoute des chapitres nouveaux. C'est ainsi qu'il étudie dans une série de six paragraphes la présence de l'*état de dégénérescence mentale* héréditaire comme élément surajouté aux autres modalités cliniques : délire alcoolique, état dipsomaniaque, mélancolie, délire de persécutions.

C'est là, certainement, un côté nouveau de la question des délires multiples.

Le principal écueil, ici, était de ne pas se laisser prendre par le délire spécial bien propre aux aliénés de cette catégorie, dont les caractères, nous l'avons vu, bien décrits déjà par Morel sous le nom de *délire rémittent des héréditaires* (1) ont été réétudiés depuis par M. Magnan sous la dénomination de *bouffées délirantes* (2), et repris par Legrain dans une thèse récente sous le nom de *délire d'emblée* (3).

Il y avait là une réelle difficulté. On sait, en effet, que ce délire *remittent*, que ces bouffées *délirantes*, se montrent soit sous forme d'excitation passagère, soit sous forme de délire de persécution ou de grandeur, fugace, transitoire, éclatant subitement et disparaissant de même, et caractérisé surtout par ces rémissions fantasques, capricieuses, sur lesquelles Morel insiste tant.

Il fallait donc dégager, dans l'espèce, les idées de persécution de l'héréditaire dégénéré, des idées de persécution plus systématisées du véritable persécuté (type

(1) Morel. *Loc. cit.*
(2) Communications Soc. méd. psychol. *Ann. méd. psychol.*, 1885, octobre.
(3) Legrain. Du délire chez les dégénérés. Thèse 1886.

Lasègue), des idées de persécution de l'alcoolique (point plus délicat encore). Il fallait dégager des autres états coexistants, non seulement l'état délirant, mais l'état mental du dégénéré. Or, on sait combien l'état mental de l'héréditaire offre aussi d'analogie, par ses caractères *multiples*, avec d'autres modalités cliniques. La difficulté qu'il y a à voir clair dans un pareil chaos, est telle que quelques médecins étrangers, entre autres Arnold Pick (1), ont confondu chez des héréditaires, ce délire rémittent avec différents délires à existence propre et déterminée. C'est ainsi qu'ils ont décrit comme délire de persécution *coexistant*, comme entité morbide surajoutée, ces idées de persécution fugaces qui appartiennent au terrain même de la dégénérescence mentale et qui en sont le principal symptôme.

On trouve dans Morel, il est vrai, comme nous l'avons dit au commencement de cet article, des observations d'héréditaires très intéressantes au point de vue des délires multiples ; on y trouve décrits, comme surajoutés à l'état mental et à l'état délirant, différents éléments étrangers coexistants d'origine différente. Mais ces observations sont éparses çà et là, sans déductions prouvant suffisamment la nature et l'origine étrangères au terrain héréditaire. En grand clinicien qu'il était, tous les détails analytiques dans l'espèce ont été observés et consignés, mais la synthèse manquait.

Dans le travail de Dericq, on trouve avec l'analyse une tentative de synthèse consciencieuse de ces délires multiples chez les héréditaires. On voit, non seulement que l'hérédité leur imprime son cachet, mais l'observation clinique attentive a su en dégager les éléments psychopathiques véritablement étrangers, évoluant à

(1) Pick Arnold. De la dégénérescence mentale et des autres formes de maladies mentales.

côté de l'état mental et de l'état délirant primitif, non comme des délires *combinés*, mais comme des délires *coexistants*. Nous devons donc voir là un effort méritoire et un pas de plus en avant dans la question, si controversée encore, du délire chez les héréditaires dégénérés, malgré la longue discussion de la Société médico-psychologique.

Un point nouveau de la question des coexistences a été également abordé dans ce travail ; c'est, nous devons le dire, la partie du travail qui sera certainement la plus critiquée et la plus discutée : nous voulons parler des états délirants engendrés par l'alcool, par l'absinthe et par l'épilepsie.

L'auteur, en effet, passe d'abord en revue non seulement la présence des états épileptiformes admis par tous les aliénistes sous le nom d'épilepsie alcoolique et évoluant simultanément avec de véritables accidents épileptiques, avec un état comitial proprement dit ; mais il étudie dans un chapitre séparé l'existence, simultanée chez le même individu, de l'épilepsie franche et de l'épilepsie absinthique.

Il y a ici, on le sait, une question de doctrine. La plupart des auteurs admettent, en effet, dans l'absinthe un *agent épileptogène*, si je puis m'exprimer de la sorte, c'est-à-dire capable de provoquer au même titre que l'alcool des accidents épileptiformes. Dans un second ordre d'idées, tous admettent également que l'influence de l'absinthe peut réveiller, comme le traumatisme, comme bien d'autres facteurs, du reste, le mal comitial. Mais seulement on admet en pareil cas un terrain préparé, et, pour la majorité des aliénistes, il faut, pour que l'absinthe agisse, que l'individu soit pour ainsi dire *comitial à l'état latent*.

En d'autres termes, l'ingestion absinthique ne créerait jamais les attaques, elle ne serait qu'une cause occasion-

nelle, qu'une épine, qui favoriserait seulement leur éclosion.

Tout le monde est d'accord sur ce point, mais il résulterait des recherches de Marcé (1), de Motet (2), de Magnan surtout (3), que l'action prolongée de l'essence d'absinthe provoquerait *par elle-même* une épilepsie absolument comparable à l'épilepsie franche idiopathique : même *inconscience*, même *cri initial*, tout le cortège enfin des attaques du *morbus sacer*. La ressemblance serait telle que les habitudes seules du convulsivant et les commémoratifs pourraient indiquer l'origine et la nature des convulsions. Il y aurait, en d'autres termes, pour les trois auteurs précités, une épilepsie absinthique identique à l'épilepsie vraie, au mal comitial.

Je ne reviendrai pas plus longuement ici sur la question de savoir si l'*épilepsie absinthique* est une réalité clinique, je l'ai fait ailleurs (4); et j'y reviendrai dans la deuxième partie de ce mémoire, mais ce qu'il est permis d'affirmer en clinique, dans l'état actuel de la science, c'est que l'absinthe est, sinon une cause univoque, du moins, un facteur puissant dans l'éclosion des attaques, et c'est seulement ce qu'il importe de savoir ici. Dans son travail, Dericq étudie dans un premier paragraphe l'influence néfaste de l'absinthe chez l'épileptique, sur les attaques comitiales.

Il trouvera ici peu de contradicteurs.

Mais il étudie ensuite la coexistence chez un alcoo-

(1) Marcé. Comptes rendus de l'Acad. des Sciences, 1864. — Note sur l'action toxique de l'essence d'absinthe.

(2) Motet. Considérations générales sur l'alcoolisme et plus particulièrement des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe, thèse de Paris, 1859.

(3) Magnan. Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme; alcool et absinthe; épilepsie absinthique, 1871. — *Archives de physiologie*. Mars et mai 1873.

(4) G. Pichon. De l'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles, thèse de Paris, 1885.

lique, de l'épilepsie que M. Magnan a précisément décrite sous le nom d'épilepsie absinthique. On comprend qu'il est difficile ici d'établir que l'absinthe n'a plus agi en tant que cause occasionnelle comme précédemment, mais bien comme *cause univoque* chez un individu non prédisposé, puisque cette épilepsie toxique n'a aucun caractère différentiel qui la sépare du mal comitial. L'auteur indique cependant le traitement comme une véritable pierre de touche : par l'abstinence, l'épileptique absinthique verrait les attaques disparaître, et l'épileptique idiopathique verrait, au contraire, ses attaques continuer à évoluer même après la séquestration et ne céder qu'au bromure de potassium. — Cette épilepsie se différencierait donc non seulement du *morbus sacer*, mais même de l'*épilepsie dite alcoolique* par les auteurs.

Il y a donc dans ce travail un point nouveau qui, s'il n'est pas admis par tout le monde, marque au moins une étape importante dans l'étude des délires multiples : c'est l'étude de la coexistence d'états psychopathiques provoqués par l'*épilepsie*, par l'*alcool*, par l'*absinthe*, étude démontrant la possibilité qu'il y a de *dissocier* chez un même individu l'existence de ces trois éléments.

Il est à regretter que dans ce mémoire il ne soit pas fait mention de la coexistence du délire des persécutions et du délire épileptique.

Nous donnerons dans la seconde partie de notre étude, quand nous arriverons à ce point particulier, une observation qui nous en présentera un exemple des plus probants.

Mais, par contre, l'auteur, qui possède des observations à ce sujet, nous promet un travail sur la coexistence de la paralysie générale avec les délires systématisés. On a vu que, jusqu'à présent, on n'a guère signalé dans

l'encéphalite interstitielle que la présence surajoutée de l'élément éthylique. Il y a donc là une promesse dont nous verrons avec plaisir la réalisation.

Dericq, dans son travail, nous donne donc avec l'état actuel de nos connaissances sur la question des délires multiples, des aperçus intéressants sur deux points nouveaux : la coexistence des différents états psychopatiques avec l'*état de dégénerescence mentale*, puis l'existence simultanée de trois états convulsifs pouvant évoluer sans se confondre chez le même malade ; le mal comitial idiopathique, le délire alcoolique avec accidents épileptiformes des auteurs, l'absinthisme avec épilepsie absinthique de quelques auteurs.

Si maintenant nous résumons cette courte revue critique des délires multiples, nous voyons que l'historique de la question peut se ramener aux trois points suivants :

1° Dans une première phase (1), la coexistence simultanée de plusieurs modalités délirantes chez le même individu, est bien reconnue et admise, mais il y a encore une certaine confusion, une certaine hésitation et les faits sont épars çà et là, et il n'y a pas encore de tentative de classification; on en trouve de ces faits bien observés dans Morel et dans les aliénistes de cette époque, mais surtout dans l'auteur des *dégénérescences mentales*.

2° Lasègue, en 1868, donne le premier une description magistrale des complications de l'alcoolisme par le délire des persécutions, par l'épilepsie, par la paralysie générale, par le délire des maladies aiguës. — M. Magnan, en 1874, reprend cette étude, et en 1880-1881 y ajoute les complications de l'épilepsie par la mélancolie et par le délire des persécutions. Il publie un travail

(1) Nous passons sous silence, dans ces conclusions, la période ancienne dont nous avons parlé au commencement de cette étude, dans une note de bas de page.

d'ensemble sur les *coexistences de plusieurs délires*, pouvant évoluer chez le même aliéné sans se confondre et ayant chacun sa source dans l'hérédité. Il se sépare de Lasègue en décrivant la dipsomanie et l'alcoolisme comme exemples de délires multiples qui, loin de se combattre, peuvent évoluer chez le même individu; il s'en sépare aussi en admettant chez le même sujet l'existence du délire mélancolique et du délire alcoolique.

3° Dans un travail plus récent, Dericq ajoute aux coexistences déjà décrites, les complications des différents états psychopathiques par la dégénérescence mentale héréditaire et les coexistences de deux intoxications *entre elles* (l'alcoolisme et l'absinthisme) et *avec le mal comitial*. Il nous fait de plus entrevoir l'existence possible chez les paralytiques généraux d'un délire vésanique?

Après l'exposé sommaire que nous venons de faire, il peut paraître téméraire de vouloir reprendre cette question.

Cependant, on nous permettra d'exposer à notre tour quelques considérations cliniques reposant sur des observations prises dans le service de l'infirmerie spéciale et de la clinique à l'asile Sainte-Anne. — Nous ne nous appesantirons pas sur tous les délires multiples passés en revue plus haut, ce serait nous exposer à des répétitions inutiles. — Nous insisterons surtout sur les faits les moins étudiés, sur les délires multiples complexes.

Un fait nous paraît peu signalé, en dehors de l'absinthisme et de l'alcoolisme, *c'est la présence chez le même malade de plusieurs intoxications d'origine différente.* — Nous commenterons à ce propos quelques-unes de nos observations touchant l'existence du morphinisme, de l'alcoolisme, de l'absinthisme, de l'éthérisme, etc., et nous demanderons la permission de faire quelque rapprochement entre ces différentes intoxications.

Nous verrons alors que toutes ces passions bizarres, dont le nombre et les dénominations nouvelles vont en augmentant tous les jours, ont la plupart du temps, du moins c'est notre avis, une seule et même origine.

Nous verrons alors, qu'en raison même de leur réunion, ou du moins de leur succession fréquente chez le même individu, il y a dans ces intoxications, dans ces passions artificielles (absinthisme — morphinisme — éthérisme, etc.), une question de terrain qui prime tout. Et, c'est précisément sur ces questions de terrain, sur toutes les causes prédisposantes, en un mot, que nous demanderons surtout la permission d'insister.

*(A suivre.)*

---

# BIENFAITS DE LA MORPHINE

PAR UN MORPHINOMANE

Pourquoi te dénigrer, bienfaisante Morphine?
Ah ! laisse-moi le dire à tous tes détracteurs ;
Ils ne connaissent pas ta divine origine
Pour oser devenir tes calomniateurs.

Ah ! l'on peut m'appeler disciple d'Épicure
Lorsque tendant le bras à mon savant docteur,
Qui fait l'injection d'une main ferme et sûre,
Je la baptise alors : baume consolateur.

Tu chasses les ennuis, dissipes la tristesse,
Tu me fais oublier mes chagrins, mon malheur,
Par toi je suis plongé dans une douce ivresse.
Morphine bienfaisante ! Ah ! rends moi le bonheur !

Oui, je me piquerai jusqu'à l'heure dernière,
Ensuite je mourrai le cœur gai, bien joyeux ;
Car nier tes vertus, c'est nier la lumière,
C'est refuser de voir en ayant de bons yeux.

*Qui sine peccato est vestrum, in illo lapidem mittat.*

LE MAUDIT

Qui attend toujours ses 15 injections.

Cette pièce de vers mérite une piqûre.

# LOGONÉVROSE ÉPILEPTIQUE

**Par le Dr F. BATEMAN**

---

M. le Dr Bateman, de Norwich, correspondant étranger de l'Académie de médecine, a bien voulu nous adresser une note complémentaire sur l'observation de logonévrose épileptique, qui a paru dans le numéro de l'*Encéphale* (Janvier 1887, page 5).

On se souviendra que les points les plus importants à noter dans cette observation étaient :

Une suspension complète de la faculté du langage articulé se manifestant d'une façon intermittente et durant de quelques heures à quelques semaines. La perte de la parole et son retour étaient invariablement accompagnés d'une forme spéciale d'aura épileptique caractérisée par une sensation anormale à la région cervicale et lombaire. Le retour de la parole était toujours accéléré par l'emploi de l'électricité faradique. Le malade conservait toute son intelligence, et ne présentait aucun autre phénomène anormal que ses attaques intermittentes d'aphasie.

Les neuropathologistes ont non seulement localisé la faculté du langage dans une portion limitée et spéciale du cerveau, mais encore ils ont cherché à localiser, dans ces derniers temps, les divers éléments psychiques qui font partie du mécanisme très complexe de la parole. Plusieurs figures schématiques ont été construites pour rendre compte de ces faits dans lesquels certaines régions du cerveau sont décrites comme « centres intellectuels, centres pour les symboles verbaux et centres moteurs du langage articulé. » Parmi ces divers schémas, celui de Kusmaul me paraît être un des meilleurs, et le

prenant pour guide, je vais m'efforcer de trouver laquelle de ces régions était lésée dans le cas de Dalliston, relaté précédemment.

Pour étudier la condition psychique de mon malade, d'après le système de Kusmaul, je vais jeter un coup d'œil rapide sur les éléments constitutifs du langage. Ce sont les suivants :

I. — Des signes ou des sons, qui suggèrent une idée, et qui doivent être transmis au sensorium commun par l'œil ou par l'oreille ;

II. — La formation d'une idée probablement dans la substance corticale du cerveau ;

III. — La mémoire des mots ou des signes servant à exprimer cette idée nouvelle ;

IV. — Le pouvoir de coordonner les mouvements nécessaires pour la manifestation extérieure du langage.

Demandons dans quelles parties compliquées se trouvait l'obstacle chez notre malade ?

1° Le centre d'idéation était évidemment intact, et il est certain que les idées résultaient des impressions faites sur les sens. Elles se produisaient sans doute dans les groupes cellulaires de l'écorce cérébrale réservés à cette fonction.

2° Le centre verbal devait également se trouver dans un état parfait de santé, car le malade avait la perception intelligente de tout ce qui lui était dit, et pouvait à volonté se servir des symboles verbaux correspondant à ses idées. Il l'a prouvé par des écrits, et d'ailleurs il savait se servir de l'alphabet des sourds-muets.

I retenait donc les mots dans sa mémoire, comme signes acoustiques, mais il était hors d'état de les énoncer par la parole, bien que l'intelligence fût lucide et que les mouvements nécessaires pour articuler les sons fussent parfaitement libres.

3° Le point malade était le centre moteur du langage articulé, car sans avoir perdu la moindre parcelle de son intelligence, et tout en retenant dans sa mémoire les mots comme symbole de sa pensée, il était incapable de les énoncer par la parole.

En définitive, les organes de la phonation et de la parole articulée possédaient toute liberté pour agir, mais ne répondaient plus aux impulsions mentales. L'idée était présente, les mots ne faisaient pas défaut, mais l'articulation n'était pas au service des mots. Le malade était donc dans l'impossibilité absolue d'accomplir l'acte physico-psychique de l'expression de la pensée par lequel l'idée est convertie en langage articulé.

---

# ARCHIVES CLINIQUES

## ASILE D'ALIÉNÉS DU MANS

## UN CAS D'ATROPHIE CÉRÉBRALE

**Par M. le Dr MORDRET, médecin en chef**

Sommaire : Semi-imbécillité. — Épilepsie. — Atrophie complète de la substance *supra* et *infra*-ventriculaire de l'hémisphère droit du cerveau. — Dilatation du ventricule. — Atrophie de la couche optique et du corps strié chez une femme de 72 ans.

La nommée E... (Marie-Louise), entre à la Salpêtrière le 22 juin 1852 et est transférée à l'asile du Mans, le 18 septembre, même année. — Cette fille était alors âgée de 36 ans. Elle n'a jamais pu rien apprendre et ne sait ni où elle est née, ni où

elle demeure. Elle est un peu paralysée de tout le côté droit et traîne la jambe; elle a de plus une forte contracture du poignet du même côté, et sa main est légèrement atrophiée. Elle affirme être ainsi depuis plus de 20 ans, mais de fait, elle n'en peut rien savoir. Toujours est-il que si sa paralysie n'est pas de naissance, elle doit être très ancienne. Enfin, d'après son dire, elle aurait eu un enfant il y a 5 ans.

Depuis 6 ans environ, serait sujette à des accès d'asthme. Chaque mois, elle reste couchée deux ou trois jours, puis revient à son état habituel. Toujours tranquille, peu intelligente, mais ne déraisonnant point, elle passe son temps à filer. Le 28 juin 1855, elle était renvoyée de l'asile sur l'ordre du préfet, comme idiote non dangereuse.

Arrêtée pour vagabondage, elle fut réintégrée à l'asile le 31 octobre 1856. Elle est incapable de dire ce qu'elle est devenue depuis sa sortie et l'on ne peut se procurer sur ce point aucun renseignement. E... reprend à l'asile sa vie antérieure, seulement, de temps en temps, elle fait semblant de s'agiter et de déraisonner, par crainte qu'on ne la renvoie une seconde fois. Plus tard, elle eut quelques attaques d'épilepsie qu'on crut tout d'abord être simulées dans le même but; mais dont la réalité fut ensuite constatée.

Depuis la fin de 1872, époque à laquelle j'ai connu la malade, son état n'a pas changé. La parésie du mouvement persiste à droite, mais la sensibilité est la même des deux côtés et ne paraît présenter rien d'anormal. Il en est de même de la sensibilité sensorielle. E... est pour moi une semi-imbécile, ne déraisonnant point, n'ayant aucune idée délirante fixe, mais incapable de pourvoir par elle-même à ses besoins et partant d'être mise en liberté. Toujours tranquille, elle a une tenue très correcte et est fort douce de caractère; mais elle est très susceptible, la moindre observation la fait pleurer. A cette époque, cette fille passait encore ses journées à son rouet. Cinq à six fois par an, elle avait des attaques d'épilepsie bien franches, mais qui n'étaient ni très fortes ni très longues. Toujours un peu asthmatique, elle avait aussi chaque année plusieurs crises violentes de cette affection qui ne coïncidait point, du reste, avec ses attaques d'épilepsie.

Depuis trois à quatre ans, E... ne pouvait presque plus s'occuper, cependant elle faisait encore de la charpie et donnait même un coup de main au ménage. Elle était plus souvent malade de son asthme, de sorte qu'elle restait souvent couchée pendant plusieurs semaines. Les attaques d'épilepsie n'étaient ni plus fortes ni plus fréquentes et l'on pouvait presque les provoquer à volonté, car il suffisait parfois pour en donner

une de froisser la susceptibilité de la malade ou de lui causer une légère contrariété.

L'état mental s'était plutôt amélioré. E... voyait très bien tout ce qui se passait dans la salle et renseignait même assez exactement sur l'état des autres malades, pour lesquelles elle se montrait complaisante et dont elle était aimée. Cependant sa santé générale s'affaiblissait peu à peu. Elle dut prendre le lit, il y a trois mois environ, pour ne plus le quitter et elle est morte doucement de cachexie sénile, le 16 mars 1887, après un séjour de près de 35 ans à l'asile, et à l'âge de 72 ans environ.

*Autopsie.*

Le cerveau seul a été examiné. Il n'y avait presque pas de liquide épanché entre la dure-mère et les parois osseuses.

Du côté droit, le cerveau occupait toute la capacité de la boîte cranienne, ainsi que d'ordinaire. La dure-mère était bien tendue. Mais du côté gauche, l'hémisphère cérébral était fortement déprimé et comme flottant dans le vide, car le feuillet viscéral de la dure-mère était plissé, parcheminé sur cette dépression, de sorte qu'il y avait entre cette membrane et la voûte du crâne un espace considérable qu'aucun liquide ne remplissait. Le poids de l'encéphale tout entier n'était que de 775 gr. Chaque côté n'a pas été pesé séparément pour ne pas détériorer la pièce, mais j'estime que le côté droit avait à peu près le poids ordinaire, l'atrophie ne portant qu'à gauche. Rien à noter à l'origine des nerfs. Malgré l'âge avancé de la malade, les vaisseaux n'étaient point athéromateux.

*Hémisphère droit.* — Il est bien conformé, les méninges se détachent facilement; elles sont seulement un peu injectées. Les circonvolutions sont bien dessinées, profondes, sauf peut-être à la partie antérieure où elles sembleraient un peu atrophiées. La consistance de la pulpe est normale. Rien également à noter dans le ventricule droit.

*Hémisphère gauche.* — Il est affaissé sur lui-même. Les circonvolutions sont atrophiées ou pour mieux dire n'existent pas. Elles sont soudées les unes aux autres de sorte que les anfractuosités qui les séparent sont presque entièrement disparues. Elles sont encore dessinées par de légers reliefs en certains endroits; dans d'autres, ces reliefs sont si faibles qu'on dirait que le contour des circonvolutions n'est plus indiqué que par un trait de crayon, comme il pourrait l'être sur un dessin. La pie-mère et l'arachnoïde, soudées, forment une toile unie qui passe de l'une à l'autre sans adhérer. En touchant on a sous le doigt la sensation d'une poche vide.

Une incision longitudinale fait, en effet, pénétrer dans une

grande cavité ne contenant que très peu de sérosité et qui n'est autre que le ventricule très dilaté. La substance cérébrale est partout réduite à une faible épaisseur; elle a 8 à 10 millimètres au plus, il est même des endroits, surtout à la partie postérieure, où elle n'en a que 3 à 4. La névroglie doit donc avoir disparu presque en entier et il semble en être de même des fibres et des cellules, qui sont au moins très atrophiées et tassées. La substance grise a subi une altération semblable; elle est réduite à une couche très mince mais continue, on dirait qu'on l'a étendue au pinceau.

La cavité ventriculaire est énorme. On y logerait un gros œuf d'oie. Elle est parfaitement lisse partout, l'épendyme ne semble donc pas altéré. La cloison interventriculaire est conservée, de sorte que les deux ventricules sont séparés l'un de l'autre comme dans un cerveau sain. Les ganglions cérébraux, couche optique et corps strié sont déformés et atrophiés. Le sillon oblique d'avant en arrière qui les sépare et dans lequel se loge le *ténia*, est devenu transversal et à peine visible. Ces deux ganglions ne font qu'une seule masse arrondie qui occupe la partie antérieure du ventricule, envoyant deux prolongements latéraux externes qui se perdent dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire; ce doit être tout ce qui reste du noyau extra-ventriculaire du corps strié. N'ayant pas voulu faire de coupes pour ne pas détériorer la pièce, il m'est assez difficile de dire ce qui, dans cette masse, appartient à l'un ou à l'autre des deux gros ganglions cérébraux. La substance cérébrale de la base est aussi atrophiée, l'insula ne se retrouve plus, le plancher inférieur du ventricule n'ayant que quelques millimètres d'épaisseur. Les circonvolutions ne semblent tenir entre elles que par la toile méningienne et l'on voit le jour par transparence entre chacune d'elles comme à travers les clairs d'une dentelle. Elles se désagrégeraient si on enlevait les méninges.

Je n'ai pu examiner les tubercules quadrijumeaux ni le troisième ventricule; parce que la cloison transparente a été respectée. La protubérance et le bulbe paraissaient parfaitement sains. Le cervelet était peut-être un peu ramolli.

J'ai quelquefois rencontré des cavités plus ou moins grandes qui, s'étant formées dans l'épaisseur des hémisphères, communiquaient ou non avec les ventricules. Elles étaient remplies par un kyste, un néoplasme et plus souvent par un caillot sanguin en voie de régression. Je viens même de faire connaître un fait de cette nature. Le malade était aussi un épileptique, et

ses facultés n'étaient également que peu troublées, malgré l'étendue et la multiplicité des lésions. On trouve dans les auteurs, et surtout dans les recueils spéciaux, des faits semblables, bien qu'ils ne soient pas très communs. Mais ma mémoire ne me rappelle rien qui se rapproche de près ou de loin de la lésion que je viens de décrire, et je n'ai rien trouvé d'analogue dans les quelques ouvrages à ma disposition que j'ai pu consulter. — Il ne s'agit point ici de désorganisations partielles et successives du tissu nerveux, qui peuvent être très étendues, il est vrai, mais qui reconnaissent pour cause une hémorragie, un kyste hydatique, un néoplasme, etc. Il s'agit d'une atrophie complète des deux substances dans presque tout un hémisphère, atrophie qui porte même sur les thalamus, et qui ne s'est point produite par pression *intra* ou *extra*-céphalique, mais par une sorte de régression des tissus de dedans en dehors ; de sorte que s'il eût été possible d'insufler ou de remplir d'un liquide la cavité ventriculaire, on eût à peu près rétabli la symétrie et le volume des deux hémisphères.

Reste à savoir si cette lésion est congénitale, si elle est une malformation du cerveau, comme je suis assez porté à le croire, ou si elle est le résultat d'un travail lent de résorption de la substance nerveuse qui, ayant débuté dès la première enfance, se serait prolongée pendant 72 ans.

L'intérêt de ce fait ne réside pas seulement dans la lésion anatomique, lésion fort rare, si même elle n'est pas unique dans la science. Cet intérêt se trouve aussi, et peut-être surtout, dans la persistance partielle des facultés malgré l'étendue de la lésion.

Bien que je n'aie pu me procurer de renseignements sur l'enfance de la malade, il y a tout lieu de croire que les troubles de la motricité remontent chez elle au plus bas âge. L'atrophie des centres moteurs

corticaux, celle du corps strié, suffisent pour expliquer la contracture du poignet et des phénomènes de parésie motrice, si anciens qu'on ne connaît pas leur début. Ils ont pu n'être pas très appréciables d'abord, alors que l'enfant ne faisait que peu de mouvements, mais il est peu probable qu'un côté ait toujours été plus faible que l'autre. Ceci militerait en faveur d'une lésion congénitale. La paralysie n'a jamais été complète, parce que l'entre-croisement des fibres nerveuses ne l'était pas, le cerveau gauche resté sain, continuait d'innerver les deux côtés du corps, quoique avec une efficacité différente pour chacun d'eux.

Quant aux sensibilités sensorielle ou générale, qui n'étaient nullement altérées, peut-être faut-il admettre que la désorganisation de la courbe optique était moins complète que celle du corps strié.

La faiblesse intellectuelle a dû être aussi congénitale, mais on n'aura pu la constater qu'à l'âge où se développent les facultés supérieures. Les circonvolutions droites ayant seules conservé leur intégrité, il leur a fallu suffire à toutes les manifestations psychiques, et c'est ce qu'elles ont fait. Mais l'incitation cérébrale étant réduite de moitié, les facultés se sont trouvées amoindries dans leur expression, sans présenter pour cela aucun trouble bien saillant, peut-être parce que le côté gauche du cerveau ne fonctionnant pas, il ne pouvait modifier ni pervertir des incitations qu'il était incapable de recevoir comme d'envoyer. Il y aurait donc là la confirmation anatomique de ce qui est généralement admis, savoir que chaque côté du cerveau est un organe complet qui peut fonctionner indépendamment de son congenère, et le suppléer ou renforcer son action. Seulement, dans le cas présent, la suppléance était insuffisante, de sorte que jamais les facultés n'ont

pu atteindre leur moyenne normale. La fille qui ne pensait que d'un côté, est restée demi-imbécile.

Les attaques d'épilepsie n'ont paru qu'assez tard, et l'on a même supposé qu'elles étaient simulées. Cette apparition tardive me paraît difficile à expliquer, car elle ne semble pas devoir résulter de l'aggravation d'une lésion anatomique qui depuis de longues années devait rester stationnaire.

---

ASILE DE VILLEJUIF. — SERVICE DE M. LE Dr VALLON

# UN CAS D'ATAXIE LOCOMOTRICE

## D'ORIGINE SYPHILITIQUE, AVEC TROUBLES INTELLECTUELS

Recueilli par F.-L. Arnaud, interne du service

Sommaire. — *Hérédité nerveuse. — Syphilis ancienne. — Excès vénériens. — 1re apparition des symptômes tabétiques et des troubles intellectuels en 1880, 27 ans après le chancre; traitement spécifique, guérison. — Rémission de 7 mois. — 2e attaque en 1881; même traitement, guérison. — Rémission de 2 ans et demi. — 3e attaque en 1884; même traitement, guérison. — Rémission de 18 mois. — 4e attaque en 1886; nouvelle guérison par le traitement spécifique.*

Le malade qui fait le sujet de cette observation a déjà une histoire pathologique. Traité en 1881-82 dans le service de M. le docteur Tenneson, à l'hôpital Tenon, il figure dans l'ouvrage de M. le professeur Fournier sur « *l'Ataxie locomotrice d'origine syphilitique* ». Depuis sa sortie de Tenon, il a subi deux autres attaques d'ataxie, chacune accompagnée — comme les précédentes, du reste — de phénomènes mentaux; la dernière a déterminé son internement à l'asile de Villejuif, dans le service de M. le docteur Vallon, où nous avons pu l'observer à loisir.

Typique au point de vue de l'influence du traitement spécifique, remarquable encore par d'autres particularités, son cas nous a paru digne d'être publié avec détails.

V.-H. F..., 58 ans, horloger, marié.

*Antécédents héréditaires.* — Grands parents morts très âgés.

*Père* mort à 84 ans, de paralysie. Était très violent. Ne buvait pas (?).

*Mère* morte à 38 ans, de suites de couches

*Frère* mort à 19 ans, subitement pendant le repas. Le médecin appelé parla de *congestion cérébrale*, fit une saignée aux 2 bras.

*Sœur* de 44 ans, chétive, très nerveuse.

*Descendance.* — Deux enfants : *une fille* morte à 19 ans, de fièvre typhoïde; — *un garçon* tué en Tunisie, à l'ennemi. Aucun des deux n'aurait jamais présenté d'accidents de syphilis héréditaire.

*Antécédents personnels.* — Rien de particulier jusqu'au moment du service militaire qu'il fait en Afrique. Il y contracte, en 1853 ou 1854, une syphilis assez grave, caractérisée par de très nombreuses syphilides muqueuses et cutanées, par une alopécie qui a laissé des traces encore visibles, et par la chute des ongles de tous les orteils. Il se soumet à un traitement sérieux : d'abord 2, puis 3 pilules mercurielles par jour, sans interruption notable pendant 18 mois à 2 ans, affirme-t-il.

Depuis, pas d'autre maladie importante. Mais de grands excès de femmes, avant et après son mariage. Le malade est très explicite sur ce point. Son énergie génésique est restée *intacte* jusqu'en 1880, époque où ont apparu les premiers accidents qui nous occupent; il avait alors 50 ans.

*Histoire de la maladie.*— En octobre 1880, V... est pris, dans la rue, d'une perte subite de connaissance; il ne revient à lui qu'à Sainte-Anne, ignorant complètement ce qui s'est passé après son accident. Il éprouve une certaine difficulté à marcher, au point qu'il doit s'appuyer au mur pour ne pas tomber, mais il *sent pourtant bien le sol.*

Traitement par l'iodure de potassium. Il sort *guéri* au bout de 3 mois; mais il conserve un *affaiblissement* très marqué du *sens* et de la *puissance génésiques.*

Disons, une fois pour toutes, que cette impuissance relative persistera, qu'elle ira même s'accentuant par la suite.

La *mémoire* est également *affaiblie*.

En octobre 1887, nouvelle perte de connaissance, incomplète cette fois. Le malade se souvient qu'on l'a conduit chez un pharmacien, puis chez lui où il reste couché pendant 12 jours. Il n'était plus maître de ses jambes, et, quand il appuyait ses pieds sur le sol, il avait la sensation « d'enfoncer dans de la boue ». Douleurs vives et fugaces dans les mollets, les cuisses, la ceinture.

Le 29 octobre, il entre à Tenon, dans le service de M. Tenneson, avec tous les symptômes caractéristiques du tabes : « Incoordination motrice excessive; il ne peut marcher ou « même se tenir debout que soutenu par 2 personnes. Réflexes « diminués; anasthésie et analgésie incomplètes; un peu d'af- « faiblissement musculaire. Les *membres supérieurs* sont « frappés comme les inférieurs. Amblyopie légère. Intégrité « des sphincters. Au point de vue mental : affaiblissement de « la mémoire, embarras de la parole, hallucinations de la vue « et de l'ouïe. Anxiété, frayeurs.

« *Traitement.* — Quotidiennement, bi-iodure de mercure « 2 centigr., et iodure de potassium 4 grammes. Le traitement « est continué aux mêmes doses pendant 3 mois, sauf une « interruption de 15 jours. Après 8 jours de traitement, les hal- « lucinations s'éloignent, s'affaiblissent; le malade est moins « troublé. Au bout de 2 mois, les accidents cérébraux ont com- « plètement disparu.

« L'incoordination motrice, à cette époque, ne s'est pas encore « sensiblement modifiée. Mais dans le courant de janvier 1882, « elle s'améliore tout à coup et rapidement. Le malade peut « marcher avec des béquilles et bientôt sans béquilles.

« Au commencement de février, la *marche* est *irréprochable*. Le malade sort le 4 février (1). »

Aucun traitement après sa sortie de l'hôpital. L'état reste normal, sauf un affaiblissement persistant de la mémoire, *pendant 2 ans et demi*.

Après cette période, en juillet 1884, V... rentre à Sainte-Anne; il n'a jamais pu se rendre compte des circonstances qui l'y ont conduit. Comme précédemment, il présentait des troubles de la motilité et de la sensibilité, mais seulement aux membres inférieurs et moins accentués que lors de sa crise de 1881.

Séjour de 5 mois environ. Traitement par l'iodure de potassium. Il sort guéri à la fin de décembre.

La guérison se maintient complète pendant dix-huit mois;

(1) TENNESON, in FOURNIER : *l'Ataxie locomotrice d'origine syphilitique*; p. 325, 2.

V... reprend sans aucune gêne son travail délicat d'ouvrier horloger.

En mai 86, fourmillements, élancements dans les membres inférieurs. Bientôt, douleurs fulgurantes, insomnie ; troubles de la motilité, de la sensibilité générale et de la vue. Il entre à Saint-Antoine le 2 juin ; à ce moment, il pouvait marcher en s'appuyant sur deux cannes. Après une discussion avec un infirmier, il sort de l'hôpital au bout de 6 mois (22 déc.), sans amélioration notable. Par suite, sans doute, de la privation de tous soins, son état s'aggrave alors brusquement en quelques jours, et des troubles cérébraux éclatent. Le 28 déc., il tombe dans la rue ; on le transporte dans un commissariat de police qu'il prend pour une pharmacie. De là, il est conduit au dépôt, puis à Sainte-Anne, et enfin à Villejuif (19 janv. 87).

A son arrivée à l'asile, le médecin en chef, M. le Dr Vallon, constate un léger affaiblissement des facultés mentales, en particulier de la mémoire ; aucune trace d'idées délirantes.

Au point de vue mental, le malade est moins atteint qu'en 1881 et 1884.

Au point de vue des désordres médullaires, le tableau est complet : V... est dans l'impossibilité de se tenir debout sans appui. Les deux ou trois premiers jours, n'ayant pas de béquilles, quand il veut quitter son lit, il se traîne sur les genoux et sur les mains. S'il veut essayer de marcher, pendant qu'on le soutient sous les bras, ses jambes sont lancées follement et retombent en frappant le sol du talon, le parquet donne la sensation d'un tapis très moelleux.

Anesthésie plantaire. — Insensibilité presque complète au toucher, à la douleur, à la température. — Les yeux fermés, le malade ne sait plus où sont ses jambes, si elles sont croisées ou non, touche l'une pour l'autre ; etc.

Réflexe rotulien aboli. — Un peu d'affaiblissement musculaire. — Légère amblyopie.

Ni contractures, ni épilepsie spinale.

Intégrité des sphincters ; mictions fréquentes.

Rien d'anormal aux membres supérieurs.

*Traitement.* — Frictions mercurielles, iodure de potassium. Sauf une interruption de 8 à 10 jours, le traitement est continué jusqu'à la fin d'avril, c'est-à-dire pendant plus de 3 mois.

Amélioration graduelle. Vers la fin du mois de mars, le malade commence à sentir le sol ; vers le milieu d'avril, il remplace ses béquilles par une simple canne. Quinze jours plus tard, il marche sans aucun appui et se rend utile dans le service.

En même temps, sa vue s'est améliorée et, en mai, elle est redevenue normale. V... demande sa sortie, se sentant capable

de reprendre son travail. Il sort le 23 mai : la force musculaire est entièrement revenue; le réflexe rotulien est normal; la sensibilité également; la marche est assurée à ce point que V... peut monter et descendre un escalier en courant et sans s'appuyer à la rampe. Dans l'ordre intellectuel, on peut toujours constater un léger affaiblissement de la mémoire, dont V... a parfaitement conscience; il se souvient, cependant, d'avoir eu « *l'esprit dérangé* »; il dit qu'à chacune de ses attaques sa « *tête s'en va* ».

Cette observation présente plusieurs points intéressants qu'il importe de mettre en lumière.

Tout d'abord, il est visible qu'elle ne répond pas au pur type de l'ataxie de Duchenne. Les troubles intellectuels qui ont accompagné chacune des attaques, démontrent que les lésions ne sont pas confinées dans les zones radiculaires postérieures de la moelle; notre malade est à la fois un *médullaire* et un *cérébral*. Ainsi se trouve réalisée une de ces formes de tabes que le professeur Fournier appelle *formes complexes*, *associées*, et pour lesquelles il a proposé la dénomination de « syphilose cérébro-spinale postérieure. »

Cette association de symptômes complexes aurait, d'après cet auteur, une grande importance diagnostique : elle serait de nature à faire soupçonner l'origine syphilitique.

Des faits de ce genre ont été signalés par divers auteurs : Baillarger, Westphal, Ph. Rey, Caizergues, Christian, Magnan, Falret, Foville, etc

Relativement à l'étiologie, il est remarquable de trouver réunies dans ce cas, outre l'influence de la syphilis, l'existence des deux causes les moins discutées d'ataxie locomotrice : *hérédité nerveuse* (père mort paralysé; frère mort probablement d'apoplexie; une sœur très nerveuse) ; — *excès vénériens* longtemps continués. Sans soulever la question de savoir si la syphilis entraîne aussi souvent le tabes que le pense le profes-

seur Fournier, et quelques auteurs avec lui, il faut bien admettre ici, de par l'efficacité du traitement spécifique, que les troubles observés étaient la manifestation d'un processus syphilitique; l'hérédité et les excès vénériens n'ont agi qu'à titre de causes *localisatrices*, déterminant sur la *moelle* l'action de la syphilis.

Par deux autres points, notre malade s'écarte quelque peu des règles générales dégagées par le professeur Fournier de l'étude du tabes syphilitique.

1° *Par l'ancienneté de sa vérole.* Dans une statistique personnelle de 89 cas, M. Fournier trouve 13 fois le tabes survenant de la troisième à la sixième année après l'accident primitif; — *55 fois* de la sixième à la douzième année; — 20 fois de la treizième à la vingt-deuxième année. Or, ici, les premières manifestations ataxiques sont apparues de 27 à 28 ans après le début de la syphilis, c'est-à-dire après un laps de temps véritablement exceptionnel.

2° *Par l'existence d'un traitement sérieux de cette vérole.* V... affirme avoir pris quotidiennement 2, d'abord, puis 3 pilules mercurielles, et cela pendant 18 mois à 2 ans, sans interruption notable. L'ataxie frappant le plus souvent des syphilitiques n'ayant subi qu'un traitement de 6 à 8 mois (Fournier), ce cas constituerait une rareté, fâcheuse sans doute, mais qu'il peut être bon de signaler.

Mais, — et c'est sur ce point que nous voulons encore attirer l'attention en terminant — le plus grand intérêt de cette observation réside dans la preuve éclatante qu'elle fournit, de l'heureuse influence du traitement spécifique sur les manifestations cérébro-spinales de la syphilis. Quatre attaques d'ataxie avec troubles intellectuels se sont succédé chez notre malade dans l'espace

de 6 années ; chacune d'elles a cédé radicalement à un traitement de 3 mois en moyenne, qui a procuré des rémissions de 7 mois, 2 ans 1/2 et 18 mois.

L'affaiblissement persistant de la mémoire et du sens génésique est le seul trouble que le traitement n'ait pas fait disparaître. En tenant compte de l'âge de V.. (58 ans), la chose n'est pas très surprenante.

V... est venu nous voir à l'asile, le 23 juin, après une longue course à pied ; sa santé est parfaite ; il ne s'embarrasse pas d'une canne.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Année 1886)

Séance du 15 mars. — *Étude médico-légale sur le somnambulisme spontané et le somnambulisme provoqué*, par M. Mesnet.

Le mouvement scientifique de ces dernières années a remis à l'étude la question des névroses, en la sommettant au double contrôle de la clinique et de l'expérimentation.

Cette renaissance des études du névrosisme conduisit rapidement à la négation des influences occultes, mystérieuses, sous l'influence desquelles le merveilleux a fait tant de dupes et laissé dans nos annales judiciaires le souvenir de si nombreuses victimes. Convulsionnaires, possédées, sorcières n'étaient plus, déjà depuis longtemps pour nous, que de tristes malades dont les expressions ont varié suivant les dispositions du temps, du milieu, de l'époque où ils vivaient !!...

Il appartenait à la seconde moitié de notre siècle de classer

les grandes névroses dans nos cadres nosologiques, en donnant aux symptômes qu'elles présentent leur véritable signification pathologique. Le somnambulisme naturel et le somnambulisme provoqué avaient conservé jusqu'à ces derniers temps encore un grand nombre d'adeptes que la crédulité et l'amour du surnaturel conduisaient aux interprétations les plus fantaisistes ! Grâce aux progrès incessants de la physiologie du système nerveux, justice a été faite de toutes ces erreurs.

L'observation clinique et l'étude expérimentale étant la seule voie qui puisse nous conduire à la connaissance des rapports qui existent entre les manifestations de ces névroses et les troubles fonctionnels du système nerveux qui les accompagnent, j'ai cru devoir vous présenter quelques considérations relatives à un malade que j'ai actuellement dans mon service à l'Hôtel-Dieu, et vous démontrer, à son sujet, l'importance de ces questions au point de vue psychologique et médico-légal.

Je me serais prudemment abstenu de toute communication, si je n'avais la *conviction profonde* que les phénomènes dont je vais vous entretenir ont acquis, désormais, l'autorité du fait scientifique, c'est-à-dire qu'ils se reproduisent invariablement semblables à eux-mêmes chaque fois qu'on cherche leurs manifestations dans des conditions identiques et déterminées. — Permettez-moi, avant tout, Messieurs, de vous rappeler en quelques mots l'histoire contemporaine de la question...

Un grand nombre de volumes et de mémoires ont été publiés dans ces dernières années sur cette classe de névroses, que Braid avait, dès 1842, très judicieusement observée, et sur laquelle j'avais moi-même appelé l'attention en 1855, dans un travail publié dans les *Archives de médecine* en 1860, quelques années avant les intéressantes communications faites à la Société de chirurgie par mon ami le professeur Azam, de Bordeaux, qui avait observé sa première maladie en 1858 et publié ses recherches dans les *Archives de Médecine*, également en 1860 (1).

Vers la même époque, 1856, l'Académie de médecine cou-

(1) Voyez Azam, *Hypnotisme, Double conscience, et altération de la personnalité*. Paris, 1887.

ronnait un remarquable travail du docteur Pnel sur la catalepsie.

En 1861, paraissait un important volume d'Alfred Maury, de l'Institut, *Sur le Sommeil et les Rêves*, dans lequel il consignait ses observations personnelles sur les rêves hypnagogiques en les accompagnant d'une étude analytique et critique des phénomènes du somnambulisme naturel et du somnambulisme provoqué ou artificiel. Lasègue, en 1865, publiait dans les *Archives de médecine* une étude sur les catalepsies partielles et passagères, provoquées par l'occlusion des paupières. — En 1866, le Dr Liébault, de Nancy, consignait ses recherches dans un livre ayant pour titre : *Du sommeil et des états analogues considérés au point de vue de l'action du moral sur le physique.*

Pendant de longues années ensuite la question resta indifférente, pour ne pas dire nulle; elle avait eu pour berceau la Société médico-psychologique à laquelle nous avions, mon collègue Azam et moi, communiqué nos premières observations; *c'est là qu'elle sommeilla*, réveillée de temps en temps par quelques considérations suivies de discussions, auxquelles prenaient part les membres les plus actifs de cette Société : Paul Janet, Alfred Maury, Buchez, Cérise, Pouzin, Baillarger, Loiseau, Motet...

Ces divers travaux de la *première époque* avaient trouvé peu de crédit, moins encore de sympathie au dehors; — le silence qui se faisait autour d'eux équivalait à : doute-scepticisme-illusion! La preuve en est qu'en 1874, quand j'avais dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine ce remarquable malade somnambule dont l'histoire a depuis été reproduite dans tous les livres écrits sur ce sujet, j'eus à rompre force lances et à combattre le bon combat avec grand nombre de médecins mes collègues dans les hôpitaux et professeurs à la Faculté, qui contestaient l'authenticité du fait, la sincérité du malade.

C'est à dater de 1875 que l'étude de ces névroses prit rapidement un grand essor et que les recherches qui se multipliaient donnèrent à la question sa véritable direction scientifique.

Dégagé ainsi des influences mystérieuses, de l'électricité animale, du fluide vital, du magnétisme terrestre, l'hypnotisme entra résolument dans la voie expérimentale; nous vîmes alors naître successivement les écoles de la Salpêtrière, de la Pitié, plus récemment celle de Nancy, ainsi que divers

travaux qui nous vinrent de Marseille et de Bordeaux. — Entraînés par la séduction du sujet, médecins et physiologistes se mirent à l'œuvre de tous côtés; bientôt philosophes et jurisconsultes trouvèrent eux-mêmes dans ces nouvelles études d'utiles applications à la psychologie et à la médecine légale.

Que de faits surprenants, inattendus surgirent tout à coup des expérimentations hypnotiques!... troubles multiples des divers modes des sensibilités périphériques, analgésies, — anesthésies, — hyperesthésies, — transferts des sensibilités;

— Mêmes troubles du côté des organes des sens; — Troubles de l'innervation musculaire, parésies, — contractures, — hyperexcitabilité des muscles;

— Dissociation des facultés intellectuelles, avec abolition ou exaltation de telles ou telles d'entre elles;

— Scission de la mémoire, puis sa réviviscence;

— Altération ou perte momentanée de la personnalité!!...

Ces perturbations multiples, étudiées d'abord isolément, le furent ensuite par groupes; — à l'analyse succéda la synthèse, — et la série de leurs manifestations fut alors *magistralement* établie par divers travaux cliniques dus aux recherches faites à la Salpêtrière par mon savant ami le professeur Charcot et ses élèves, entre lesquels je me plais à citer le docteur Charles Richet et Paul Richer. Presque au même moment, mes collègues Luys et Dumontpallier nous donnaient : l'un des travaux sur l'automatisme, l'autre ses études sur le transfert; — le docteur Prosper Despine, de Marseille, publiait en 1880 son livre sur le somnambulisme; le professeur Pitre, de Bordeaux, et les professeurs de l'école de Nancy, leurs recherches sur les suggestions; sans oublier les nombreux ouvrages parus dans ces dernières années, que je ne puis, à regret, citer individuellement.

Dans cette vaste collection de faits si rapidement formée; quelques-uns ont aujourd'hui reçu le baptême scientifique, mais combien d'autres, en grand nombre, restés à la période d'étude, qui, de longtemps encore, peut-être jamais, n'auront de titres de noblesse!!..

Ces considérations établies, j'élimine tous les points obscurs et indécis de la question et j'arrive à l'étude des faits scientifiquement démontrés, dont l'évidence est telle qu'ils ne peuvent donner prise à la contestation, non plus qu'au scepticisme, fût-il le plus outré!

Le malade dont je vais vous faire l'étude médico-psychologique est un jeune homme de dix-neuf ans; élevé dès son bas âge dans une institution primaire, il y reçut une instruction assez bonne pour s'élever jusqu'aux cours supérieurs.

Dès son enfance, il avait perdu son père, mort accidentellement d'une pneumonie.

Sa mère, femme d'un esprit mobile, d'une impressionnabilité très grande, très irritable, a eu pendant longtemps des attaques de nerfs franchement hystériques.

Il n'a ni frère, ni sœur.

A l'âge de onze ans, nous notons chez notre malade une insolation, et quelque temps après une fièvre typhoïde très grave, dont il a été longtemps à se remettre. Dans sa convalescence, il a été pris d'attaques de nerfs qui, pendant trois mois, se répétèrent plusieurs fois par jour, avec une telle violence qu'il fallait plusieurs personnes pour le maintenir; elles cessèrent au moment où parut sur le cuir chevelu une éruption qui semble avoir été un eczéma ou un impétigo.

A dater de cette époque (il avait alors treize ans), il devint nerveux, impressionnable, irritable, d'une extrême mobilité d'esprit, avec des idées tantôt tristes, tantôt gaies, sans savoir pourquoi.

Vers la fin de 1885 apparaissent les premiers troubles du sommeil; ce n'est d'abord que de l'agitation au lit, du bavardage, des propos incohérents, puis, quelque temps après, il se lève la nuit, s'habille, marche dans la chambre, la balaye, déplace les meubles, faisant et défaisant dix fois la même chose.

En juin 1886, les accès de somnambulisme deviennent plus fréquents et plus longs, ils se produisent le jour comme la nuit; le malade s'endort debout, à table, en mangeant, où qu'il se trouve; et sa famille nous apprend qu'étant toujours très difficile à réveiller, il l'est plus encore la nuit que le jour. Il était occupé dans un atelier d'où il fut congédié parce qu'il s'endormait à chaque instant sur sa table de travail, l'ouvrage entre les mains.

Cette époque marque une nouvelle étape dans sa biographie pathologique : la mobilité de son esprit devient de plus en plus grande; il quitte Paris, va à Arras, entre dans un autre atelier d'où on le renvoie pour la même raison. Il ne peut plus tenir en place ; le besoin de locomotion s'empare de lui : il va à Boulogne, à Berck, se promène sans but, sans rai-

son, et revient à Paris. Là, diverses idées fantastiques lui traversent l'esprit.

Il s'imagine avoir en lui l'étoffe d'un grand musicien, il se met à écrire, à composer de la musique, il apprend à jouer de divers instruments.

A quelque temps de là, il se croit chirurgien militaire, il se fait fabriquer un costume d'aide-major, avec lequel il va se promener à Arras, à Paris, à l'École militaire.

Au mois d'octobre et de novembre il fait des excès de femme dans une proportion démesurée et, sous cette influence éminemment dépressive, son état mental devient de plus en plus chancelant, les troubles du sommeil augmentent en intensité et en durée, à tel point que s'étant endormi un jour près des fortifications, où il était allé se promener avec des amis, il fut rapporté chez lui sans s'en douter, et y resta quinze heures sans se réveiller.

Tel était l'état de ce malade au moment où il a accompli l'acte, réputé *vol*, dont il a aujourd'hui à rendre compte à la justice.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 19 décembre 1886, il fut conduit dans mon service pour être soumis à l'examen du Dr Garnier, commis près de lui à l'occasion de ce prétendu *vol*, accompli dans des conditions tellement particulières que la santé de l'inculpé avait été tenue pour suspecte :

Il avait, au déclin du jour, soustrait divers objets de gros volume (chaises, commode), exposés sur le trottoir devant la boutique d'un marchand qui demeurait en face de son logement. Il avait pris ces objets un à un, avait tranquillement traversé la rue pour les emporter chez lui, sans essayer de les dissimuler, sans se préoccuper des passants qui le croisaient dans la rue. Le marchand l'avait fait arrêter, et l'accusé répondait invariablement qu'il n'y comprenait rien, qu'il ne savait pourquoi on le recherchait ainsi.

Dès les premiers jours de l'entrée du malade à l'hôpital, il nous fut facile de constater qu'il avait en effet de fréquents accès de somnambulisme spontané pendant lesquels il se levait, s'habillait, se promenait dans la salle, accomplissant avec une grande liberté d'allures tous les actes que lui suggérait le mouvement automatique de son cerveau. Il balayait la salle, essuyait les meubles, les déplaçait, les rapportait...

Dans un autre accès de somnambulisme, il groupait les chaises, les disposait en demi-cercle, se plaçait au milieu et,

une baguette à la main, prenait les attitudes d'un chef d'orchestre qui dirige l'exécution d'un morceau, activant, ralentissant la mesure, exprimant par sa physionomie les nuances de la musique qu'il croyait entendre.

D'autres fois les actes que lui suggère l'idée qui dirige sa crise somnambulique se traduisent par de véritables tentatives de suicide. Toujours préoccupé de l'accusation qui pèse sur lui, il écoute, à l'état de veille, les conseils que nous lui donnons, il ne se préoccupe pas autrement de son affaire; mais lorsque, dans l'état de somnambulisme, il est sans réflexion, sans arrêt, livré à la domination de l'idée de vol et de poursuites, il s'abandonne à ses propres incitations et fait des tentatives qui nous donnent les plus sérieuses inquiétudes.

Une de ces dernières nuits, il se lève à trois heures du matin, en pleine crise, va directement à une fenêtre de la salle, essaie de l'ouvrir; elle résiste, il fait de vains efforts.

Il traverse la salle, va à la fenêtre du côté opposé qu'il essaie violemment d'ouvrir sans plus de résultat.

A l'instant il revient à son lit, prend sa courroie, la passe autour de son cou, monte sur une chaise, cherche un point d'attache à la barre transversale du ciel de lit; le gardien de nuit intervient, le dégage, enlève la courroie.

Il essaie à diverses reprises de se frapper avec son couteau, qu'on lui enlève des mains.

Il se dirige alors vers la porte de sortie de la salle qu'il trouve fermée; il la secoue énergiquement en exprimant un grand mécontentement, il songeait probablement à se précipiter, du haut de la galerie, dans le jardin du centre.

Revenu à son lit, il se couche avec des mouvements brusques et saccadés, lance des coups de poings à droite, à gauche, comme s'il avait à se défendre contre des personnes qui seraient venues l'assaillir; après quoi il se prend de sanglots et de larmes, s'endort d'un sommeil calme, et se réveille à huit heures du matin, sans avoir connaissance de la crise qu'il venait de traverser, qui avait duré cinq heures.

Dans l'examen des diverses sensibilités, fait en dehors des crises, nous constatons : analgésie, anesthésie complètes, perte de la sensibilité aux témpératures, sur toute la surface du corps, excepté sur les deux surfaces symétriques aux hypochondres, aux organes génitaux, au périnée et aux régions fronto-palpébrales;

Le tact est conservé ; le malade reconnaît, les yeux fermés, les objets qu'on lui met entre les mains;

L'électricité à courants interrompus n'est point sentie, bien que son excitation fasse contracter les muscles normalement;

Les muqueuses, aux orifices des sens, n'ont aucune trace de sensibilité;

La vue et l'ouïe sont intactes;

Le goût et l'odorat sont abolis.

§ 2

La constatation du somnambulisme spontané étant ainsi bien établie, il était intéressant, au point de vue médico-légal, de savoir jusqu'à quel point cet homme était accessible à l'action hypnotique produisant le somnambulisme artificiel ou provoqué.

Le docteur Tillaux, mon collègue à l'Hôtel-Dieu, le docteur Garnier et moi, ainsi que les élèves du service tous réunis dans mon cabinet, nous avons fait venir le malade. M'étant approché de lui, je l'ai subitement fixé à très courte distance, surprenant ainsi son regard qui s'est attaché à moi, sans avoir eu d'ailleurs aucun point de contact avec sa personne, sans lui dire un mot qui puisse l'occuper.

En quelques secondes, l'expression de sa face s'altère, ses traits s'immobilisent, son œil prend un regard particulier; aussitôt le malade se rapproche de moi et se met au contact nez à nez, œil sur œil. Je me recule, il avance sur moi; je fais le tour de la salle, je passe entre les chaises, j'active le pas, je le ralentis, il ne me quitte pas d'une semelle : il se tient toujours au contact, ses yeux sur mes yeux. Ainsi attaché à ma personne, il n'a plus aucune communication avec le dehors, il n'a plus d'autres excitations que celles que je lui donne : il entend ma voix, répond aux questions que je lui adresse, mais n'est accessible à aucun autre son, d'où qu'il vienne.

Nous avions donc devant nous l'exemple le plus complet de la fascination hypnotique qui est, entre toutes les formes de l'hypnose, la plus saisissante et la plus invariable dans ses allures.

Instruit par l'expérience que j'avais acquise depuis longtemps près d'autres malades plus ou moins semblables à lui,

que la fascination n'est point une influence personnelle à celui qui vient de l'opérer et que mon fasciné pouvait être attaché à tout autre, aussi bien qu'à ma propre personne, je le conduis près de mon excellent collègue, que je savais quelque peu incrédule en ces sortes d'expériences. Je dirige avec ma main son regard sur les yeux de Tillaux, et à l'instant il se précipite sur lui, bousculant les meubles, se couchant à demi sur les bras du fauteuil qu'il occupait, afin de se mettre au contact de son nouveau fascinateur.

Le voilà donc attaché à une autre personne; dès lors, il ne me connaît plus, je n'existe plus pour lui! Il est, si je puis dire ainsi, identifié à son nouveau possesseur; il semble attendre de lui un ordre pour l'exécuter; il entend sa voix, alors que la mienne ne le pénètre plus. Il répond aux questions qu'il lui adresse, mais il est incapable d'aucun acte cérébral spontané; ses réponses sont monosyllabiques, sur un ton monotone, avec une altération évidente du timbre de la voix. Tillaux quitte son fauteuil; il le suit avec précipitation, recherchant son regard comme il cherchait le mien un instant avant; qu'il porte les bras à droite, à gauche, qu'il s'assoie, qu'il se mette à genoux, le malade répète invariablement tous ses mouvements; qu'il reste immobile, il est devant lui immobile face à face, œil sur œil!... Toutes les tentatives faites par mon collègue pour se débarrasser étant restées infructueuses, je vins à son aide, quand il me déclara son opinion faite, sa conviction bien assise.

Le procédé qui m'avait servi à conduire mon malade sur une autre personne me servit également à le reprendre pour mon propre compte. Ma main interposée entre les yeux de Tillaux et les siens, ayant concentré tout son regard, il la suivit et vint de nouveau se remettre à mon contact. Tillaux, à son tour, est libre, le malade qui ne le connaît plus, est sous ma dépendance.

La fascination est, entre toutes les manifestations de l'hypnose, celle dans laquelle il est le plus facile de créer au malade des hallucinations. Tous les sens peuvent en général être mis en action; cependant, la vue et l'ouïe sont ceux qui s'y prêtent le mieux; en voici quelques exemples:

Veuillez me pardonner, messieurs, les quelques détails dans lesquels je vais entrer; ils sont indispensables à la démonstration que je veux vous faire!

Je dis brusquement au malade : « Un oiseau! » Ce mot

éveille son attention. « — Devant vous ! — Sur le mur! Le voyez-vous? » et je conduis avec la main son regard dans la direction voulue. Il se précipite à l'instant vers lui, renversant chaises et personnes, tout ce qui fait obstacle à son passage. — Arrivé au pied du mur, il reste immobile. « — Prenez-le ! » Il élève ses bras aussi haut que possible et le prend sur le mur, à la hauteur indiquée. « — Vous l'avez sur le doigt! Embrassez-le! » — Il l'embrasse. « — Il chante! L'entendez-vous? — *Oui!* — Chantez comme lui, » — et il module un air sifflé sur un ton très doux imitant le chant du serin. — La création d'hallucinations, — véritables idées-images, — qui réveillent les sens et les diverses activités musculaires en rapport avec elles, peut également mettre en jeu les différents modes de sensibilité morale, d'émotivité correspondant à l'idée représentative.

Brusquement, je dis au malade, en dirigeant ses yeux dans une direction quelconque :

« — Un enterrement! » — Ses traits se contractent, sa figure devient triste.

« — Voyez tous ces pauvres gens! »

Il soupire, il pleure en telle abondance que ses larmes inondent sa figure.

Je le retourne sur place, et je lui dis : « — Voyez un mariage! — Comme ils sont gais! » — A l'instant il lui vient un sourire, et il fait un pas en avant pour se rapprocher d'un spectacle agréable.

« — J'entends de la musique!... — Ils dansent! »

Il se met à danser au milieu de nous avec une grande activité de mouvements et de gestes.

Autant le malade montre d'impétuosité et d'élan dans la réalisation de l'idée qui lui a été suggérée, ou dans l'exécution de l'ordre qui lui a été donné, autant il devient inerte et immobile quand l'influence excitatrice cesse de s'exercer sur lui.

Placé en face de la personne qui le domine, il restera les yeux fixés sur elle, attentif et sans mouvement.

Conduisez ses yeux sur le parquet, en les dirigeant avec votre doigt sur un point quelconque, il s'incline de ce côté, se baisse comme pour regarder de plus près et reste courbé, immobile dans cette contemplation imaginaire.

Reprenez son regard avec la main, et dirigez-le vers le plafond, il se relève brusquement, se grandit sur les jambes

et, la tête haute, il s'immobilise dans cette nouvelle position.

Ces diverses expérimentations faites, je le réveillai par une vigoureuse insufflation sur la face. Aussitôt il se frotte les yeux, les promène autour de lui, étonné de voir un aussi grand nombre de personnes. Il était intéressant de savoir quel souvenir il pouvait avoir gardé, au réveil, des diverses impressions que je lui avais communiquées pendant son sommeil.

Je l'interroge et je lui dis :

« — Connaissez-vous M. Tillaux ?

— Oui, Monsieur, je l'ai vu plusieurs fois dans cet hôpital.

— L'avez-vous vu tout à l'heure, assis dans ce fauteuil?

— Non, Monsieur.

— Pourquoi vous êtes-vous précipité sur lui? Pourquoi le regardiez-vous de si près, nez à nez?

— Monsieur, je n'ai point fait cela.

— Quand il s'est levé vous l'avez suivi, vos pas dans ses pas, le touchant toujours, sans faire attention à nous ?

— Monsieur, je ne comprends pas ce que vous me dites-là.

— Que voyiez-vous sur ce mur? Vous vous êtes levé sur la pointe des pieds, comme pour y prendre quelque chose ?

— Monsieur, il n'y a rien sur le mur, je n'ai rien vu, puisqu'il n'y a rien. »

La scission de la mémoire était évidemment bien complète, car le malade n'avait, à l'état de veille, conservé aucun souvenir des faits et actes accomplis par lui un instant avant, dans sa période de trouble mental. La contre-épreuve était facile à faire, — je veux parler de la réviviscence du souvenir dans une nouvelle crise hypnotique.

Je fixe de nouveau le malade et je fais la prise du regard; en quelques secondes il revient au même état, après une profonde inspiration.

« — Avez-vous vu M. dans ce fauteuil?

— Oui.

— Pourquoi le regardiez-vous fixement, nez à nez?

— Je ne pouvais me détacher de lui.

— Que voyiez-vous sur ce mur ?

— Un oiseau. — L'avez-vous pris? — Oui. — Chantait-il? Oui. — Qu'est-il devenu ? — Envolé.

— Qu'avez-vous encore vu ?

— Un enterrement, j'ai pleuré. »

— Encore? — Une noce avec musique, j'ai dansé. »

Il avait donc bien, dans cette nouvelle crise, la mémoire la plus fidèle de tout ce qui s'était passé dans la crise précédente, des diverses hallucinations que je lui avais créées, des sentiments que j'avais éveillés pour mettre en jeu son émotivité. — Il avait, pour le moment, présents à l'esprit tous ces faits qu'il ignorait absolument, il y a deux minutes, quand nous l'avions éveillé.

Je fis encore quelques expériences en lui donnant différentes poses extatiques, cataleptiques qu'il conservait invariables jusqu'au moment où je détournais son attention pour la fixer sur autre chose, une personne, un meuble, un point imaginaire.

De temps en temps, il avait une respiration anhéleuse, profonde, plus précipitée, avec des rougeurs ou des pâleurs de la face, des tressaillements des membres accompagnés de secousses, signes précurseurs de convulsions imminentes; il me suffisait, pour apaiser tout cela, de lui mettre la main sur le front, en lui disant : « — Tranquillisez-vous!!... soyez calme!!... »

Parfois son regard se perdait et semblait dans le vide, ma voix ne lui arrivait plus; je venais alors de nouveau faire ainsi une reprise du regard qui rétablissait l'influence momentanément perdue.

Nos expérience duraient depuis une heure, le malade s'agaçait à chaque instant, il prenait de temps en temps des expressions de frayeur, comme s'il avait été tourmenté par des hallucinations terrifiantes; je le conduisis près d'un canapé sur lequel je le fis asseoir en fixant son regard sur ce meuble, en m'y assayant moi-même, ce qu'il fit à son tour par imitation. Après l'avoir ramené à un état de calme qui me semblait complet, j'essayai de le réveiller en lui soufflant énergiquement sur la face et sur les yeux; il resta le même, et se rapprocha plus encore de moi, comme si mon souffle l'avait attiré; je recommençai sans plus de résultat, et il en fut ainsi pendant cinq minutes, sans qu'il m'eût été possible de le réveiller; à diverses reprises il fut pris de tressaillements et de secousses des membres.

Le docteur Garnier eut la pensée de l'éveiller par suggestion.

J'essayai, à cet effet, de fixer énergiquement son attention sur moi : il était fatigué, il ne répondait plus avec la même vivacité à mes sollicitations.

Je lui dis : « — Ecoutez-moi bien — dans deux minutes vous vous réveillerez ! »

Deux minutes se passèrent, il ne se réveilla pas.

Je renouvelai l'expérience ; même résultat négatif.

Le docteur Garnier prit à son tour le malade en fixant son regard, et lui dit :

« — Je veux que vous vous réveilliez, — c'est ma volonté, — vous m'entendez bien, — dans deux minutes vous frotterez vos paupières, et vous vous réveillerez !!... »

Le malade, peu attentif à ces paroles, ne répondit rien ;... et ne se réveilla pas.

Nous le reconduisîmes à son lit. Garnier qui l'avait sous sa dépendance, lui ordonna de se déshabiller et de se coucher. Après quelques hésitations, il se déshabilla et se coucha ; il eut une attaque convulsive, de forme franchement hystérique, entremêlée de périodes de catalepsie et de léthargie, suivie de sanglots et de larmes abondantes ; puis il s'endormit d'un sommeil très calme, et se réveilla trois quarts d'heure après.

Les jours suivants, il n'éprouva aucun malaise particulier, il vécut dans un calme relatif assez satisfaisant, sans autre trouble que le retour périodique des accès de somnambulisme spontané qu'il présentait depuis bien longtemps la nuit, et même assez souvent le jour.

L'étude que nous avions faite des influences hypnotiques exercées *directement* sur le malade, et des troubles provoqués par leur *action immédiate*, devait avoir pour complément une nouvelle expérience à savoir : dans quelle mesure nous le trouverions accessible aux *suggestions post-hypnotiques ?* c'est-à-dire : un ordre lui étant donné le même jour, serait-il exécuté par lui le lendemain, sans provocation directe, à l'heure dite ?

L'importance de cette nouvelle épreuve se déduisait naturellement des conditions qui avaient amené dans mon service ce malade inculpé de vol ; elle devait, en outre, donner un nouveau point d'appui aux conclusions que le médecin légiste allait avoir à formuler dans son rapport.

Tel jour, à ma visite, ce malade, avec qui je causais, fixa les yeux sur moi et s'endormit ; il continuait à me répondre sans plus entendre ni voir mes élèves qui m'entouraient. Les conditions étaient favorables pour tenter l'expérience ; je l'emmenai dans mon cabinet afin de ne point être entendu

du dehors, je fixai énergiquement son attention — il était tout oreilles — et je lui dis, en lui montrant un de mes externes :

« — Voyez la chaîne de montre de M. X...? La voyez-vous? — Oui. — Eh bien! je vous ordonne demain, pendant ma visite, de prendre adroitement cette chaîne et la montre, de mettre le tout dans votre poche et de vous en aller aussitôt! M'avez-vous bien compris? » Il eut un mouvement de surprise avec secousse dans les membres et une expression de mécontentement très évidente — Il ne me répondit pas. — J'insistai en lui disant : « — *Je vous l'ordonne. Je le veux.* » Il répondit « Oui », avec un geste brusque et saccadé. Je le ramenai à son lit et le réveillai aussitôt en lui soufflant sur la figure. — Il ignorait absolument ce que nous venions de faire, de dire, où nous étions allés...

Le lendemain, en entrant dans ma salle, à neuf heures, je le rencontre causant dans le vestibule, de choses indifférentes, avec les élèves de mon service qui attendaient ma visite. Il avait sa tenue habituelle, toute sa liberté d'esprit; aucune trace de préoccupation ni de souci n'apparaissait dans sa personne. Je lui dis de retourner à son lit, ce qu'il fit aussitôt. Dans le cours de ma visite, arrivé près de lui, je lui demandai :

— Comment il avait passé la journée précédente?

— S'il avait, la veille, mangé comme d'habitude?

— Comment il avait passé la nuit?

— Comment il se trouvait ce matin?

A toutes ces questions, il me fit des réponses satisfaisantes; ne se plaignant que d'insomnie ou, pour mieux dire, d'un sommeil agité, de bavardage pendant la nuit,... ce qu'il ne savait que par le dire de ses voisins.

Pendant le cours de ma visite, il accompagna mes élèves en causant avec eux, mais avec moins d'entrain que d'habitude et en se rapprochant volontiers de M. X..., mon externe, qu'il semblait regarder avec un intérêt tout particulier.

Après avoir parcouru la première salle, nous passâmes dans la seconde, en traversant le palier de l'escalier. Il ne nous suivit pas. Ma visite terminée, j'envoyai un de mes élèves lui dire de venir me parler; je lui demandai s'il savait quel jour le docteur Garnier viendrait le voir? Il me répondit de la manière la plus nette et la plus naturelle qu'il ne saurait me fixer le jour,... que M. Garnier venait sans le prévenir,... mais qu'il ne tarderait sans doute pas!...

A ce moment, nous étions tous réunis près de la table sur laquelle je signais mes cahiers, — lui, presqu'en face de moi à ma droite — M. X..., de l'autre côté, à ma gauche; nous causions des malades sortants et du nombre des lits vacants pour la consultation que j'allais faire.

Le malade, qui ne prêtait plus d'attention à notre conversation, était debout, immobile, les yeux fixés sur la chaîne de montre de M. X... qui apparaissait dans l'entrebâillement de son paletot. Sa physionomie était calme, son regard contemplatif, — il se détachait évidemment de plus en plus du milieu qui l'entourait, — il s'hypnotisait à la vue des anneaux brillants qu'il avait devant les yeux; et nous fûmes tous témoins silencieux d'une lutte intérieure dont nous suivîmes pas à pas les différentes phases.

Le regard fixé sur la chaîne, il s'absorbait de plus en plus; ses pupilles se dilataient, ses paupières, largement ouvertes, n'avaient plus de clignement; l'œil devenait humide, et la conjonctive légèrement injectée. Sa figure, calme et impassible d'abord, prit une expression singulière dans laquelle il était facile de lire un sentiment d'angoisse qui s'accusait non seulement par le plissement de la peau du front, mais surtout par des troubles considérables de la circulation capillaire; — telle partie de la face était rouge, injectée, — telle autre profondément décolorée avec une teinte terne et livide, — une grande perturbation dans l'acte physiologique des vasomoteurs venait de s'accomplir dans la circulation périphérique.

En même temps que se produisaient ces divers phénomènes, la respiration, d'abord calme et superficielle, devenait rapide, anhéleuse, profonde, s'accompagnant de tremblements musculaires, et parfois de secousses brusques des membres.

Le pouls était rapide.

Après avoir à diverses reprises incliné sa tête et son corps vers M. X..., il fit lentement un pas en avant, puis lentement un autre pas et porta ses deux mains vers la chaîne qu'il ne toucha pas. Plusieurs fois il retira ses mains avant de les mettre au contact du métal; puis brusquement, dans un mouvement rapide, il détacha la clef de la boutonnière du gilet, retira la montre et la mit dans la poche de son pantalon.

Au même instant il quitta la salle en courant, traversa le couloir, le palier, et descendit précipitamment l'escalier jusqu'au premier étage.

Au bas de l'escalier, je le trouvai aux prises avec un infirmier qui l'avait suivi ; — il était dans un état d'égarement complet ; — je lui soufflai sur les yeux et, à l'instant même, il se remettait en rapport avec nous.

Reconduit dans mon cabinet, je lui demandai ce qu'il avait. Il me répondit qu'il n'avait rien...

« — D'où venez-vous? qu'avez-vous fait?

— Monsieur, je ne sais pas!

— Je retirai de sa poche la montre qu'il y avait mise, en lui demandant : « — Comment avez-vous cette montre? — Est-elle à vous? — Non. — Mais, je le sais bien qu'elle n'est point à vous, puisque vous venez, en notre présence, de la prendre à M. X...!

A ce mot, il s'exclama avec énergie : « — Je ne suis point un voleur! » et il se mit à fondre en larmes avec des sanglots et des soupirs, accusant une grande émotion...

Au même instant, il cessa complètement d'être en rapport avec nous; aux larmes succédèrent des crises d'une violence extrême pendant lesquelles il voulut à diverses reprises se précipiter la tête contre les murs, en répétant : « — Je ne suis point un voleur! c'est une infamie!! » Ses violences étaient telles qu'il fallut une dizaine de personnes pour le maintenir.

Pendant plus d'une demi-heure, il nous présenta la succession rapide et la plus exagérée des diverses phases des perturbations hypnotiques. — Après le spasme, le collapsus léthargique, dans lequel nous n'avions plus aucune manifestation d'activité physique ni mentale, dans lequel les fonctions organiques de respiration, de circulation, subissaient un ralentissement considérable. Puis des alternatives de catalepsie et d'extase, d'une durée de quelques minutes à peine, avec occlusion complète de tous les sens et de tous les divers modes de sensibilité périphérique.

Les diverses tentatives de réveil que je fis par l'insufflation sur la face, sur les yeux, par la projection d'eau froide à la face furent inutiles; l'état hypnotique dans lequel il était ne se rattachant à aucun acte extérieur, mais bien à l'influence de sa propre émotion, échappait par cela même à toute action personnelle exercée sur lui. Profitant d'un instant d'extase contemplative, je lui fis la prise du regard, et, grâce à cette substitution, je l'éveillai en lui soufflant sur la face, ce que je n'avais pu faire quelques minutes avant.

Envisagés dans leur ensemble, les faits que nous venons d'exposer offrent un grand intérêt, car ils permettent, dans une certaine mesure, de faire l'analyse psychologique du malade, dans les différentes phases de l'acte que nous lui avons commandé.

Au moment où je l'ai fait appeler pour lui demander quel jour M. Garnier viendrait le voir, il était encore en pleine possession de lui-même; sa tenue, le calme de sa physionomie, ses réponses justes et précises en témoignent. Le trouble, ou plutôt l'ébranlement cérébral, commence à l'instant où les yeux fixés sur la chaîne de montre, l'idée suggérée s'impose à son esprit. Nous voyons alors la perturbation de ses facultés grandir proportionnellement aux troubles extérieurs qui se développent devant nous, tant du côté de la face que du côté des yeux, dilatation des pupilles, injection de la conjonctive — trouble de l'innervation des vaso-moteurs de la face, avec teintes rouges ou décolorées par places — troubles profonds de la respiration — tremblements et secousses tétaniques des membres — accélération du pouls.

L'expression de sa face *semble* traduire les émotions intérieures qui l'agitent. Du moment que l'idée suggérée a pris possession de son esprit, il subit un entraînement auquel il ne peut plus se soustraire. Il est d'abord en lutte avec deux influences opposées : l'une suggérée qui le pousse vers l'objet qu'il doit prendre, l'autre personnelle, de résistance à l'acte qui lui a été commandé. La fixité de son regard, l'expression de ses traits, le plissement de son front, toute sa physionomie, indiquent la lutte, le mouvement de son esprit. Mais bientôt sa personnalité, sa volonté de plus en plus chancelante, à mesure que la domination de l'idée s'impose plus impérieuse, s'effacent et disparaissent, et il n'est plus alors qu'un être inconscient, un instrument aveugle à la merci de l'idée qu l'entraîne.

Tel exécute le vol comme nous venons de le voir, tel combine le suicide (Mesnet, *Archives* 1860). Tel autre peut être homicide — incendiaire! Et après l'accomplissement de ces actes insconscients, la crise cesse, le malade se réveille, reprend les habitudes de sa vie normale, sans garder *souvenir* de la période qu'il vient de traverser. Quand le magistrat intervient, tout désordre a cessé : en présence d'un homme qui ne peut expliquer ses actes, qui se retranche derrière la défaillance de sa mémoire, le juge d'instruction est amené à croire

à un système de défense; *il passe outre*, bien que le malade réponde invariablement : *Je ne sais pas!* et que le fait accompli, qu'il *ignore réellement*, ait souvent eu pour témoin une nombreuse assistance!

Quelque obscures qu'elles puissent paraître, nous espérons que les progrès incessants de nos études en psychologie morbide mettront en pleine lumière ces importantes questions; et que nous arriverons, dans un avenir prochain, à convaincre les magistrats de la réalité de ces phénomènes pathologiques qui concluent à : *automatisme — inconscience — amnésie!*

Séance du 29 mars. *Considérations sur le traitement de la morphinomanie*, par B. Ball et O. Jennings (1).

Séance du 13 avril. *Du faux témoignage des enfants devant la justice*, par M. Motet. Quand les enfants sont appelés à déposer devant la justice, leur déposition fait ordinairement une très vive impression. En effet ils racontent ce qu'ils savent, avec une simplicité et une précision qui ne peuvent qu'entraîner la confiance. L'entourage se laisse aisément gagner par une émotion qui va grandissant toujours, se doublant de l'indignation et de la pitié qu'inspire une monstrueuse aventure. Par un procédé dont il est facile de se rendre compte, parents, amis, voisins, acceptent sans contrôle le fait, vrai ou faux; ils y ajoutent incessamment de nouveaux détails, constituent un ensemble bien plus complet que le récit primitif : l'enfant s'en empare, il se l'assimile, il le reproduit sans variantes, et, devant le magistrat, c'est avec une précision terrible qu'il accuse.

Lasègue racontait qu'un jour il avait eu à intervenir dans une affaire grave. Un négociant chemisier est appelé chez un juge d'instruction sous l'inculpation d'attentat à la pudeur sur un enfant de dix ans. Il proteste en termes indignés; il affirme qu'il n'a pas quitté sa maison de commerce à l'heure où aurait été commis l'attentat dont on l'accuse. La déposition de l'enfant est là, claire, précise; il la reproduit dans tous ses détails, et les parents confirment ses dires. Le magistrat, ébranlé par l'attitude du négociant, homme parfaitement honorable, s'arrête et ne poursuit pas l'affaire. Mais celui-ci reprend l'enquête pour son compte, il veut savoir pourquoi l'enfant l'accuse, et voici ce qu'il apprend, dirigé par les conseils de Lasègue.

(1) Voyez *Encéphale*, 1887, page 295.

L'enfant avait fait l'école buissonnière. Il était rentré à la maison longtemps après l'heure habituelle. A son arrivée sa mère inquiète lui demande d'où il vient ; il balbutie ; elle le presse de questions, il répond « oui » à tout ce qu'elle lui demande ; elle s'imagine qu'il a pu être victime d'un attentat à la pudeur, et lancée sur cette piste, on ne sait pourquoi, elle interroge dans ce sens, elle prépare à son insu les réponses, et quand le père arrive, c'est elle qui, devant l'enfant, raconte l'histoire telle qu'elle l'a créée. L'enfant la retient ; il la sait par cœur, il se laisse emmener rue Vivienne, et quand on lui demande s'il reconnaît la maison où il a été conduit par « le monsieur », il désigne la demeure du négociant ; et l'histoire est ainsi complète, jusqu'au jour où il a été possible de reconstituer l'escapade et de réduire à néant une fable dont les conséquences pouvaient être si graves.

Le hasard m'a permis de recueillir dans un court espace de temps quatre observations de ce genre. En les serrant de près, j'ai pu me rendre compte de l'état psychologique des enfants accusateurs, et des conditions dans lesquelles leurs convictions — j'en ai rencontré de sincères — avaient pu s'établir. Or, cet état mental a des analogues, et chez certains hystériques les mensonges, souvent très compliqués, constitués mi-partie de vrai, mi-partie de faux, ont une étonnante ressemblance avec les inventions des enfants. Nous dirons pourquoi.

Voici, Messieurs, l'un des cas les plus intéressants qui aient été soumis à mon examen.

Le 19 novembre 1885, Morin, âgé de sept ans et demi, fils d'une marchande de journaux, reçoit de sa mère, dans la matinée, les journaux qu'il doit porter dans le voisinage. Il s'acquitte de la commission qu'il a l'habitude de faire, et ne rentre pas à la maison. On le cherche de tous côtés, et c'est le soir seulement qu'une dépêche de la préfecture de police apprend à ses parents qu'on l'a retrouvé à Billancourt. Deux pêcheurs l'avaient retiré de la Seine au moment où il allait se noyer.

Il raconte que le matin, dans la rue, un homme dont il fait le portrait, dont il détaille le costume, les allures, l'avait abordé, et lui avait demandé s'il voulait venir avec lui ; il avait refusé, mais l'homme l'avait emmené « par force ». Chemin faisant, l'enfant s'était plaint d'avoir mal au bras, et l'homme lui avait demandé ce qu'il avait : il lui avait ré-

pondu qu'il avait eu du mal et qu'il avait été soigné trois mois à Berck pour cela. Puis, après avoir marché longtemps, ils arrivèrent sur le bord de l'eau, et sans rien dire, l'homme l'avait poussé dans la rivière. Il avait crié au secours. Deux messieurs qui pêchaient l'avaient retiré ; on l'avait porté dans une maison où il y avait du feu, on lui avait donné d'autres vêtements secs, etc., etc.

Ce récit fut répété sans variantes devant plusieurs personnes. Le signalement de l'homme était si précis, qu'on put sans peine trouver celui que désignait l'enfant. C'était un nommé C..., employé d'un muséum d'anatomie ambulant établi pendant plusieurs semaines sur le boulevard de Rochechouart, près de la demeure d'Albert Morin. L'enfant avait pu le voir souvent à la porte de la baraque où il faisait le boniment.

Malgré ses énergiques dénégations, C... est arrêté. Le commissaire de police se croit sur la trace d'un grand crime ; ne doute pas de la sincérité de l'enfant ; il ne suppose pas un instant qu'à sept ans et demi il invente de toutes pièces une histoire dont les moindres détails paraissent exacts. Pour lui, la preuve est faite quand Albert Morin décrit le costume de l'homme qui l'a emmené, et quand il ajoute qu'il boite de la jambe droite.

Mais le juge d'instruction saisi de l'affaire, après un long interrogataire de l'enfant, bien qu'il eût reproduit devant lui ses affirmations antérieures, n'accepte pas ses dires sans réserve. C... offrait de prouver son alibi, cette preuve fut faite. — Que valait donc la déposition de l'enfant ? — Si elle était fausse, avec toutes les apparences de la sincérité, quel opinion fallait-il prendre de l'état mental d'un enfant qui avait réponse à tout, semblait absolument convaincu ? C'est pour résoudre ce problème que je fus chargé d'examiner le jeune Albert Morin.

Je vis l'enfant chez lui, et bien que sa mère fût aussi convaincue que possible de la véracité de son fils, bien qu'elle considérât ma visite comme inutile et même comme indiscrète, je pus obtenir d'elle des renseignements d'une importance décisive.

« Ce qui est certain, nous dit-elle, c'est que depuis que cette affaire est arrivée, le petit est toujours dans la crainte, il a des cauchemars toutes les nuits, il rêve tout haut de cet homme, il dit qu'il va le jeter à l'eau ou l'enterrer. » En

cherchant bieu, nous avons appris que depuis longtemps Albert Morin dormait mal ; presque toutes les nuits il urinait dans son lit. Du jour où ces troubles du sommeil nous ont été connus, nous avons pu suivre l'évolution psychopathologique de la conviction délirante.

Chez les enfants, pour peu qu'on ait l'occasion de les étudier avec suite, on trouve souvent des développements partiels hâtifs, tout aussi bien que des arrêts de développement, partiels aussi.

Lorsque la précocité porte du côté de l'intelligence, il n'est pas rare de rencontrer une exaltation singulière du sentiment merveilleux. L'imagination est alors aisément frappée, et si des circonstances particulières, des influences de milieu apportent un aliment à ces dispositions individuelles, les exagérations sont prochaines.

Or, le jeune Morin vit dans un milieu des plus défavorables pour lui. Il entend à chaque instant parler de faits divers émouvants, racontés dans les journaux que vend sa mère ; il a sous les yeux les images qui représentent des scènes de violence, il écoute les commentaires, il s'en souvient, il en rêve. — Dans son quartier vient s'établir un musée d'anatomie ; sur le devant de la baraque il y a des personnages en cire. Il s'arrête fasciné. Il y a en lui un mélange de curiosité et de terreur devant ces têtes immobiles ; il revient souvent à ce spectacle qui tout ensemble l'attire et l'effraye.

Au milieu de ce monde figé, un homme se meut, parle, et, par une singulière coïncidence, l'enfant l'entend un jour dire à la foule : « Entrez, vous verrez la tête de Morin tué par madame C. H... » Le reste lui importe peu ; mais, Morin, c'est lui ; la tête que cet homme va montrer, c'est la sienne.

Voilà le choc moral ; l'impression est produite, la perplexité, l'obsession vont la suivre, la rendre durable. Et, au lieu du sommeil si profond et si calme d'ordinaire à cet âge, les rêves effrayants vont le hanter ; des complications inouïes vont surgir ; le souvenir n'en sera pas perdu complètement au réveil ; alors l'idée d'un danger sans cesse menaçant s'immobilise dans l'esprit ; et un jour, au hasard peut-être d'une rencontre, l'enfant pris de peur fuit devant lui, inconscient ; il arrive sur le bord de la Seine ; à ce moment, la vision a dû disparaître, la chute dans l'eau n'est plus qu'un événement banal. Mais, précisément parce que le réveil s'est fait, il

faudra bien trouver une explication à la fugue, à la chute dans l'eau. Dans toute la première partie, l'enfant a été un acteur sincère dans le drame improvisé par ses terreurs ; il raconte tout ce qu'il a rêvé, tout ce qu'il a tant redouté ; il accuse l'homme qu'il connaît, celui qui montre la tête de Morin; et, plus son imagination a été frappée, plus longue a été l'incubation de son idée, plus précis sont les détails; ils ne peuvent pas varier, l'incrustation est trop profonde. Il n'ajoutera qu'une chose, et ce ne sera pas lui qui l'aura inventée, c'est sa mère qui, à son insu, a complété l'aventure: l'enfant avait dit d'abord qu'il était tombé à l'eau, qu'il avait glissé sur une pierre. Après la première partie de son récit, la conclusion qui s'imposait à la mère, et qu'elle a dû lui présenter, c'est que C... l'avait jeté à l'eau. C'est ainsi que les choses se passent d'ordinaire; l'intérêt pour la jeune victime présumée amène auprès d'elle une foule de curieux pour lesquels l'aventure est cent fois répétée dans les mêmes termes, et la conviction des auditeurs double celle du narrateur.

Cette mise en scène, ces témoignages de sympathie plus bruyante qu'éclairée ne déplaisent pas à l'enfant qui, instinctivement, est fier qu'on s'occupe de lui. Mais, au fond, qu'y a-t-il? — Un état normal très intéressant à étudier chez un enfant dont l'imagination a été vivement frappée, qui, sous l'influence des terreurs provoquées par un spectacle, a eu des troubles du sommeil se prolongeant jusque pendant la veille. Un jour, il a mis en action, dans un état d'automatisme analogue à celui du somnambulisme, l'un de ses rêves terrifiants: son esprit troublé a fait tous les frais d'une aventure à la réalité de laquelle on a pu croire, et qui n'est rien de plus qu'un fait pathologique, une *auto-suggestion.*

J'ai eu, presque à la même époque, à examiner un enfant détenu à la maison d'éducation correctionnelle et dont les plaintes causèrent un certain émoi. Il racontait qu'une personne de la maison, qu'il désignait clairement, était entrée la nuit, dans sa cellule, l'avait retourné dans son lit et s'était livrée sur lui à des attouchements obscènes. Il avait vu cette personne, il montrait l'endroit de la cellule où les vêtements noirs lui étaient apparus.

La nuit suivante, il est sur ses gardes ; inquiet, il dort mal, se réveille en sursaut à chaque instant ; l'apparition se pro-

duit encore, et le lendemain il accuse, il donne des détails, il précise : l'explication ne fut pas difficile à trouver ; l'enfant avait des oxyures, des démangeaisons vives à l'anus, et de l'érythème intertrigo avait été provoqué par des frottements répétés ; le sommeil était troublé.

Il suffisait du passage du surveillant de ronde qui, la nuit, projette la lumière de sa lanterne dans la cellule par le grillage placé au-dessus de la porte, pour l'éveiller à demi. Le cône d'ombre placé en dehors de la projection lumineuse était pris par l'enfant pour des vêtements noirs. La sensation de prurit à l'anus se transformait en attouchements, et dans cette jeune imagination que la vie en commun dans un atelier avait déjà pervertie, une histoire faite, moitié de terreurs nocturnes, moitié de souvenirs de conversations obscènes, était débitée avec toutes les apparences d'une conviction sincère. C'est par un procédé analogue que des enfants s'accusent de délits ou de crimes qu'ils n'ont pas commis. Voici un enfant de treize ans, qu'on arrête sous l'inculpation d'avoir jeté à l'eau un de ses petits camarades; le jeune Marinier a bien disparu, du 31 mai au 3 juin 1886, mais il n'a pas été jeté à l'eau par Massé, et les dires de ce dernier sont absolument faux. On s'est demandé si Macé n'était pas un « halluciné », et s'il ne fallait pas admettre qu'il fût atteint de troubles de l'intelligence pour venir affirmer avec détails qu'il avait noyé son petit camarade, quand rien de semblable ne s'était passé.

L'explication ne doit pas être cherchée si loin. On a causé entre gamins de la disparition de Marinier qui faisait quelque bruit. L'un d'eux a raconté à ses parents que Massé lui avait dit s'être baigné avec Marinier, et l'avoir poussé dans l'eau. L'invention est peut-être de ce narrateur.

Ce qui est certain, c'est que le grand-père du disparu est avisé; il va trouver le jeune Massé, le malmène rudement; Massé intimidé se défend mollement, il est pressé de questions et, dans ce cas-là, les questions préparent la réponse : « Où l'as-tu jeté ?... C'est là, ce doit être là ? » — Et l'enfant rudoyé répond : Oui. D'autres personnes interviennent, chacun apporte son affirmation ; et, dans la jeune tête troublée, il se fait un travail d'assimilation inconsciente, où la vérité sombre, où apparaissent classées dans un ordre régulier les données de l'entourage.

C'est à peine si l'enfant y ajoute quelque chose, et, lors-

qu'on s'étonne qu'il ait pu, au milieu d'une invention de ce genre, donner des détails qui la rendent vraisemblable, il suffit de chercher, et l'on trouve d'où lui sont venus ces détails.

Dans cette affaire, il y a l'histoire vraie d'un panier contenant des provisions, d'une binette à sarcler, emportés par le petit Marinier et que Massé aurait jetés dans la Marne, elle lui a été apprise par les gendarmes ; ce sont eux qui les premiers en ont parlé devant lui, et quand le grand-père Marinier lui a dit : « Qu'as-tu fait du panier ? tu l'as jeté à l'eau ? » il a répondu « Oui », comme il avait déjà répondu à la première accusation.

Lorsqu'il fut arrêté et conduit devant le juge d'instruction, Massé avoua et nia tour à tour ; si on l'interrogeait d'une certaine façon, il récitait une leçon apprise ; si on lui parlait avec bienveillance, il disait le contraire de ce qu'il avait affirmé ; il y avait dans son esprit un mélange confus de vérités et de mensonges qui rendait assez difficile la solution du problème. Le retour de l'enfant disparu vint heureusement tout simplifier ; mais il n'en restait pas moins ce fait, plus commun qu'on ne pourrait le croire, d'un enfant jouant un rôle actif dans un drame improvisé, dont son imagination n'avait même pas eu besoin de faire tous les frais.

On se souvient encore de la profanation de sépulture commise au cimetière Saint-Ouen, dans le cours de l'année dernière. Le coupable avait échappé aux recherches : un jour, une lettre anonyme fut adressée au commissaire de police du quartier : elle désignait comme l'auteur de la violation de sépulture un nommé D... et comme complice un nommé X... D... fut arrêté.

C'est un jeune homme de dix-neuf ans, de petite taille, sans malformation d'aucune sorte, sans caractères accusés de dégénérescence; la physionomie est peu intelligente; il a les chairs blanches et molles, l'aspect efféminé.

Chez le commissaire de police il s'accuse, il donne des détails qui, au premier abord, paraissent d'une rigoureuse précision, et qui, si l'on veut y prendre garde, ne dépassent pas les renseignements fournis par les journaux ; il dit que c'est son camarade qui a profané le cadavre. Un peu pressé de questions, il se trouble, et, à la fin de l'interrogatoire, il se fait en lui une véritable réaction, l'instinctif sentiment de la défense se réveille, et, sans avoir bien conscience encore

de la situation grave où il vient de se mettre lui-même, il se rétracte, il est pris tout à coup d'une crise nerveuse qui n'est pas simulée. A partir de ce moment, il ne s'accuse plus, il nie énergiquement qu'il ait écrit la dénonciation trouvée ouverte dans un bureau de poste. Conduit chez l'un de MM. les juges d'instruction, il paraît assez étrange dans son attitude pour que l'examen de son état mental paraisse nécessaire. Nous en avons été chargé, et nous avons trouvé, dans les antécédents : 1° une grand'mère, du côté maternel, frappée d'une hémorragie cérébrale, restée hémiplégique gauche avec de l'affaiblissement intellectuel; une hystérique; 2° son père, dont les antécédents sont inconnus, était un débauché, paresseux, ivrogne, buveur d'absinthe, toujours dans un état d'excitation alcoolique. Il était d'une brutalité excessive; à la mort de sa femme, phtisique, il abandonna ses enfants; le dernier, D..., fut recueilli par sa grand'mère. Sans maladies graves de l'enfance, sans convulsions, il a été difficile à élever, il n'a marché seul qu'à sept ans, et n'a parlé distinctement qu'à neuf ans. Jusqu'à quinze ans, il a pissé au lit. D'un caractère assez doux, il a été à l'école jusqu'à treize ans, et a fini par savoir assez bien lire, mais il écrit mal et sait à peine compter. Depuis l'âge de seize ans, c'est un liseur de romans; son imagination s'exalte avec une facilité extrême, mais, au milieu de ses exagérations sentimentales, il conserve quelque chose de puéril qui le laisse inférieur, comme idées, comme goûts, aux jeunes gens de son âge. Il n'a pas d'habitudes alcooliques.

Il est sujet à des crises délirantes avec un état hallucinatoire qui dure plusieurs heures. Nous avons pu constater l'une de ces crises; sans être très agité ni bruyant, il avait de la loquacité incohérente. Cet état névropathique, qui n'est certainement pas d'origine comitiale, présente avec l'hystérie de nombreuses analogies.

Il est d'une vanité ridicule, d'une instabilité toute pathologique qui se traduit par des déterminations absurdes, par une tendance au mensonge, aux inventions romanesques. Il dévore les faits divers des journaux, les récits des crimes; et, par une disposition qu'on rencontre fréquemment chez les débiles intellectuels, il est toujours prêt à jouer un personnage, à se mettre en scène; par un procédé aussi naïf qu'imprévoyant, il fait volontiers, par écrit, des dénonciations compromettantes : une première fois, il a accusé son oncle

d'avoir incendié une maison; la seconde fois, c'est lui-même qu'il accuse. C'est, en un mot, un dégénéré, faible d'esprit. L'influence de l'alcoolisme du père a préparé les perversions du caractère, la tendance aux exagérations vaniteuses, au mensonge. Nous avons à peine besoin d'insister pour montrer le caractère pathologique de cet état. D... agit sans discernement, mais, par ses fausses dénonciations, il a compromis le repos, un peu plus il eût compromis la liberté de son oncle qu'il accusait. Il est donc nuisible, et il nous a semblé nécessaire de le mettre hors d'état de nuire. Nous avons provoqué son internement dans un asile d'aliénés.

On comprend sans peine combien, au point de vue médico-légal, il est important de se tenir en garde contre ces affirmations mensongères; les plus graves complicatiens peuvent naître, et ce qui s'est passé en Hongrie, il y a quelques années, en est un saisissant exemple.

Une jeune fille de Tisza-Eszlar, nommée Esther Solymosi, disparaît; qu'est-elle devenue? Personne ne le sait. Deux mois et demi plus tard des bateliers découvrent dans la Theiss le cadavre d'une jeune fille.

On l'examine; les uns le reconnaissent pour celui d'Esther Solymosi, les autres doutent.

Mais les passions religieuses s'éveillent : dans ce village, catholiques et protestants vivent en état d'hostilité avec les israélites; l'occasion parut bonne de créer à ceux-ci des difficultés. On les accuse d'avoir assassiné Esther dans la synagogue; une légende se propage; on fixe le jour, l'heure du crime; bientôt les détails abondent, et quand la justice est saisie, il se trouve un juge qui, épousant aveuglément les passions et les haines, a son opinion faite avant tout examen, et l'impose (1). Un enfant de treize ans, Moritz Scharf, fils de l'un des assassins présumés, est interrogé par lui; l'enfant ne sait rien; mais rudoyé, violenté, il finit par dire que son père avait attiré chez lui la jeune fille, puis l'avait envoyée à la synagogue. Moritz avait entendu un cri, il était sorti, il avait collé son œil à la serrure de la porte du temple, il avait vu Esther étendue à terre. Trois hommes qu'il désigna la tenaient par les bras, par les jambes, par la tête; le bou-

(1) *Revue des Deux-Mondes*, 1er août 1883.

cher Salomon Schwartz lui fit une profonde entaille à la gorge avec un couteau et recueillit son sang dans deux assiettes; ce qu'on fit du cadavre, il ne le savait pas — et ce récit fait, il le reproduit. — En vain démontre-t-on l'alibi des hommes accusés, l'impossibilité de commettre un pareil attentat, en plein jour, à l'endroit le plus fréquenté d'un gros village, dans une synagogue éclairée par une fenêtre à hauteur d'appui qui permet de voir ce qui s'y passe; il n'y a traces de sang nulle part; en vain des personnes dignes de foi viennent-elles affirmer qu'on a vu Esther plus d'une heure après le moment où on prétend qu'elle a été égorgée, la déposition de l'enfant est là et le juge qui l'a préparée, qui ne veut pas la perdre, séquestre son jeune témoin jusqu'au jour de l'audience, où il vient réciter comme une leçon apprise l'épouvantable déposition à laquelle il avait fini par croire.

C'est l'honneur de notre pays que de telles choses n'y soient plus possibles et que les magistrats chargés de l'instruction ne soient plus de ceux dont parlait Voltaire, « qui craignaient le pouvoir des préjugés. » C'est notre honneur à nous, médecins, de pouvoir apporter la lumière dans une question si délicate, d'un examen parfois si difficile.

Lorsqu'il s'agit de l'enfant, il ne faut jamais oublier que sa jeune intelligence est toujours prête à saisir le côté merveilleux des choses; que les fictions le charment et qu'il objective puissamment ses idées; qu'il arrive avec une étonnante facilité à donner un corps aux fictions écloses dans son imagination; que son instinctive curiosité, son besoin de connaître, d'une part, et, d'autre part, l'influence qu'exerce sur lui l'entourage, le disposent à accepter sans contrôle possible tout ce qui lui vient de ces sources diverses. Bientôt il ne sait plus ce qui lui appartient en propre, ce qui lui a été suggéré, il est affranchi de tout travail d'analyse, et sa mémoire entrant seule en jeu lui permet de reproduire sans variantes un thème qu'il a retenu; mais c'est précisément par cette répétition monotone que l'enfant se laisse juger.

Quant le médecin expert, après plusieurs visites, retrouve les mêmes termes, les mêmes détails, lorsqu'il suffit de la mise en train pour entendre se dérouler dans leur immuable succession les faits les plus graves, il peut être sûr que l'enfant ne dit pas la vérité et qu'il substitue, à son insu, des

données acquises à la manifestation sincère d'événements auxquels il aurait pu prendre part.

J'ai dit que ces états avaient des analogues : M. le professeur Charcot, qui ouvre avec une inoubliable bienveillance son service de la Salpêtrière à qui veut s'instruire, nous montrait, il y a quelques semaines, une jeune hystérique qui, pendant une période d'hypnose, avait été convaincue qu'une somme de cinquante francs avait été mise à sa disposition par un des assistants; elle en avait donné reçu et elle avait vécu avec cette idée.

Un jour qu'elle était à l'état de veille, on lui demanda où et comment elle s'était procuré un objet dont elle se parait avec coquetterie. Elle répondit qu'elle était sortie pendant une après-midi, qu'elle était allée rue de la Paix et qu'elle avait payé douze francs l'objet en question. « Vous avez donc de l'argent? lui demanda M. le professeur Charcot. — Certainement, répondit-elle, vous vous rappelez bien les cinquante francs que m'a donnés M. X...? — Combien vous reste-t-il? — Une trentaine de francs. — Pourriez-vous nous les montrer? — Certainement, c'est la surveillante qui me les garde. » En effet, la surveillante avait en dépôt trente-cinq francs appartenant à la malade et dont l'origine était tout autre que celle qu'elle leur assignait : ils lui venaient de sa famille.

A l'analyse, que trouve-t-on? Une suggestion passée dans le domaine des faits acquis, et, autour de cette suggestion, une histoire vraisemblable, mais absolument fausse; la malade n'était pas sortie de la Salpêtrière, elle n'était pas allée rue de la Paix, elle n'y avait pas acheté ni payé l'objet de toilette, elle n'avait pas reçu cinquante francs. Dans son esprit s'entretenait une confusion, inextricable pour elle, de souvenirs qu'elle était impuissante à mettre en place et qui, s'enchevêtrant dans un certain ordre, donnaient à son récit les apparences de la vérité.

Pour les réduire, pour distinguer le vrai du faux, il suffisait de savoir que cette fille n'était jamais sortie de l'asile et que l'argent qui lui restait avait été remis par sa famille. Le témoignage de la surveillante y suffisait.

J'ai cité cette observation parce qu'elle me permet de conclure :

En médecine légale, si l'étude de troubles en apparence aussi complexes que ceux dont je vous ai, Messieurs, présenté le tableau, peut arrêter quelques temps; si de sérieuses difficultés doivent être vaincues, le médecin habitué aux recherches de ce genre trouvera dans les enseignements de la clinique, dans une observation sévère et patiente, les éléments nécessaires pour remplir dignement son mandat et apporter à la justice la lumière qu'elle lui demande.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Année 1886

Séance du 29 novembre. — *Du délire chronique.*

M. FALRET. — Depuis longtemps déjà j'ai dans mes cours cliniques, je décris le délire de persécution, comme une espèce distincte de maladie mentale, divisée en quatre périodes successives, qui correspondent à peu près aux périodes admises par MM. Magnan et Garnier pour le délire chronique. Mais, en ce qui concerne la transformation du délire de persécution en délire de grandeur, mon observation diffère sur plusieurs points de celle exposée par M. Garnier.

Et d'abord, cette transformation, qui est fréquente, est loin, selon moi, d'être constante, et n'a pas lieu dans la majorité des cas. C'est à peine si on l'observe dans le tiers des cas de délire chronique de persécution.

De plus, d'après mon observation personnelle, c'est aussi une erreur de croire que le délire de grandeur, quand il survient à une période avancée du délire de persécution, l'efface complètement et se substitue à lui. C'est, selon moi, un simple délire surajouté, qui ne fait disparaître, ni les idées de persécutions anciennes, ni les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale qui caractérisaient les périodes précédentes. Le tableau de l'état maladif se complète par l'addition d'un nouveau délire, qui donne un aspect extérieur différent à la maladie, mais le fond reste le même et se perpétue ainsi, pendant de longues années, malgré l'apparition du délire de grandeur.

Enfin, un troisième point sur lequel mon observation per-

sonnelle diffère encore de celle de MM. Magnan et Garnier, est relatif à la dernière période, dite de démence, admise par nos honorables collègues.

Sans doute l'intelligence des persécutés, arrivés à la dernière période, s'affaiblit lentement et progressivement, et leur délire devient de plus en plus complexe, confus, moins bien coordonné ou systématisé; mais cette période avancée du délire chronique, ou du délire de persécution, ne peut pas être, selon moi, assimilée à une véritable démence.

On observe, en effet, dans tous les asiles, de vieux persécutés, parvenus aux périodes ultimes de leur maladies, aliénés depuis vingt ou trente ans, ou même davantage, qui conservent, malgré l'ancienneté de leur affection, une véritable activité intellectuelle, qui sont encore susceptibles de causer très raisonnablement sur beaucoup de sujets étrangers à leur délire, et qui ne peuvent pas être appelés des déments, dans le sens que nous avons l'habitude d'attacher à ce mot.

Sur ces trois points de la description du délire chronique de persécution, je crois donc devoir m'écarter de l'opinion exprimée par M. Garnier, dans sa dernière communication; mais j'accepte parfaitement cette description dans son ensemble. Seulement je pense que la dénomination de délire chronique, donnée à cette espèce particulière de maladie mentale, peut prêter à la confusion, et que, sous tous les rapports, il est préférable de conserver à cette forme spéciale de vésanie, le nom généralement accepté aujourd'hui de délire de persécution. Je suis donc d'accord avec MM. Magnan et Garnier sur la description générale de cet état mental et sur son évolution, sauf des différences de détail, je crois qu'il ne convient pas d'en changer la dénomination.

A cela, on me répondra sans doute que peu importe le nom donné à la maladie, si nous sommes d'accord sur les caractères cliniques de ce délire et sur son évolution; mais c'est précisément là le point qu'il s'agit maintenant de discuter.

Le délire chronique, tel que le décrivent MM. Magnan et Garnier, ne comprend-il pas des faits plus nombreux et plus complexes que ceux que l'on admet aujourd'hui dans le cadre du délire de persécution?

A côté du délire de persécution, actuellement bien connu et bien écrit, il existe une autre variété de la mélancolie qui méritérait également d'être nettement distinguée et étudiée

avec plus de soin, dans ses symptômes et dans sa marche, et à laquelle nous donnons le nom de mélancolie anxieuse. Les malades atteints de cette forme spéciale de maladie mentale représentent, à leur première période, les gémisseurs de Guislain et de Morel, et les mélancoliques agités d'Esquirol. Ils sont sous le coup d'une anxiété vague et poignante qui se manifeste incessamment chez eux par un besoin de mouvement automatique, par des plaintes, des sanglots et des gémissements continuels, plus ou moins intenses selon les moments où on les observe. Ils ne peuvent se tenir assis et se promènent constamment de long en large, en poussant des soupirs et en prononçant des mots entrecoupés, toujours les mêmes, qu'ils répètent à satiété et qui dénotent l'anxiété pénible qui les domine et qui les oppresse. Ces malades diffèrent essentiellement, sous tous les rapports, des persécutés avec lesquels on a souvent le tort de les confondre, à cause des idées tristes qui les dominent, mais qui ne sont pas du tout de la même nature. Tandis que les persécutés sont actifs, entreprenants, et emploient toutes les ressources de leur esprit pour se plaindre de leurs persécucuteurs et pour les poursuivre à leur tour, les mélancoliques anxieux subissent en gémissant les malheurs dont ils se croient menacés et se lamentent sans cesse en disant qu'ils sont perdus, coupables, condamnés, damnés, qu'on va les tuer, les conduire en prison, les torturer, et ils ne cessent de se désespérer en songeant à tous les malheurs qui vont fondre sur eux. Tandis que les persécutés, malgré leur délire partiel, conservent, en grande partie, la lucidité de leur esprit et la faculté de parler raisonnablement sur tous les sujets étrangers à leur délire, les mélancoliques anxieux présentent une grande confusion dans les idées, et une anxiété continuelle qui les empêche de penser à tout autre sujet que leurs préoccupations maladives. Tandis que les persécutés sont pleins d'orgueil, accusent les autres, se plaignent de leurs ennemis ou des influences extérieures qui les tourmentent, et cherchent à s'en préserver ou à se venger, les anxieux s'accusent eux-mêmes, sont humbles et craintifs et ne peuvent pas se défendre contre les maux dont ils se sentent menacés. Aussi a-t-on pu dire, avec raison, que les persécutés devenaient souvent homicides, tandis que la tendance au suicide était la conséquence la plus habituelle de la mélancolie anxieuse.

Eh bien, cette variété de la mélancolie, bien connue dans ses premières périodes chroniques, mériterait de devenir l'objet d'une étude particulière. Elle guérit souvent, mais dans d'autres cas, moins bien décrits, elle passe à l'état chronique et présente alors des caractères spéciaux sur lesquels M. le Dr Cotard a eu raison d'appeler l'attention des observateurs.

Au délire craintif et anxieux dans lequel dominaient les idées de ruine, d'indignité, de culpabilité ou les craintes de condamnation ou de damnation, succède un délire plus complexe, plus absurde et plus difficile à guérir, auquel M. Cotard a donné, faute de mieux, le nom de *délire de négation*. Dans cette période chronique, les mélancoliques anxieux continuent à se lamenter et à se plaindre, mais leurs conceptions délirantes se transforment. Ils se croient alors morts vivants. Ils soutiennent que rien n'existe autour d'eux, que tout est modifié, qu'ils sont eux-mêmes métamorphosés, que leur personnalité est changée et ils nient absoluments tous les faits qui sont affirmés par les personnes qui leur adrsssent la parole. Cet état mental particulier, signalé par le Dr Cotard, devrait être étudié avec plus de soin et caractérise, selon moi, la seconde période de la mélancolie anxieuse passée à l'état chronique. Voilà donc une forme bien déterminée de délire chronique, qui mérite d'être soigneusement distinguée du délire chronique de persécution. Mais il y en a d'autres. Les folies hystériques, mystiques, érotiques, et d'autres encore, peuvent également passer à l'état chronique et présenter, dans cette chronicité, des caractères particuliers et une marche spéciale qui mériteraient d'être décrits scientifiquement et d'être nettement séparés du délire chronique de MM. Magnan et Garnier, au lieu d'être confondus, pêle-mêle, comme ils semblent disposés à le faire, sous le terme trop vague et trop compréhensif de délire chronique. C'est là l'écueil que je redoute et le danger contre lequel je tiens à nous prémunir.

Si nos honorables collègues ne comprennent, sous le titre de délire chronique, que les faits bien connus de délire de persécution essentiel et classique, je suis d'accord avoc eux sur la description de cet état mental; mais, alors, je ne vois pas la nécessité de changer sa dénomination. Mais si, au contraire, comme je le crains, ils englobent, sous ce même nom de délire chronique, des états de trouble mental très

divers, dans leurs débuts comme dans leurs périodes chroniques et dans l'ensemble de leur évolution, je crois qu'il convient de s'élever contre cette confusion, qui pourrait nuire à l'avancement de la science, au lieu de contribuer à ses progrès.

A l'époque de transition où se trouve actuellement notre science spéciale, ce qui nous manque surtout, ce n'est pas l'observation détaillée et clinique des symptômes physiques et psychiques des variétés de maladies mentales, qui a fait dans ses dernières années de véritables progrès, c'est la connaissance exacte de la coordination naturelle de ces divers symptômes, de leur marche et de leur évolution. Nous avons fait un vrai progrès, selon moi, en décrivant avec exactitude les périodes successives du délire de persécution, telles qu'on les observe tous les jours dans nos asiles et dans la société, et il faut conserver précieusement ce progrès accompli; mais l'on doit chercher à en réaliser d'autres dans la même voie, en décrivant de nouvelles espèces morbides, ayant non seulement un ensemble de symptômes communs, propres à les caractériser, mais une marche et une évolution déterminée, possible à prévoir. Là réside le véritable progrès de notre science spéciale. S'il ne faut pas le compromettre par des divisions et des subdivisions trop multipliées, qui arriveraient à fragmenter à l'infini les classifications et à rendre les variétés presque aussi nombreuses que les individualités morbides, il convient également d'éviter de tomber dans l'écueil contraire et de réunir, sous la dénomination trop vague et trop compréhensive de délire chronique, des faits disparates et des états très divers, qui par l'ensemble de leurs symptômes et surtout par leur évolution spéciale, méritent de constituer des espèces distinctes et de devenir l'objet d'une description particulière.

M. Dagonet. — Le délire des persécutions, la mégalomanie, ne sont pas suivant M. Garnier des entités cliniques irréductibles ; ils ne sont l'un et l'autre que des aspects différents d'une même maladie aux deux temps principaux de son évolution, maladie pour laquelle on vous propose la dénomination de délire chronique. Je ne partage pas cette opinion. Le délire de persécution de Lasègue est un type nosographique, et nous devons l'admettre comme entité morbide dans l'état actuel de la science. En effet, nous voyons fréquemment le délire des persécutions persister

pendant toute l'existence de l'individu, persister indéfiniment sans donner lieu, contrairement à l'opinion de M. Garnier, à une transformation du délire, à une période du délire ambitieux. La terminaison du délire des persécutions est la démence, mais celle-ci peut se produire sans avoir été nécessairement précédée du délire mégalomaniaque.

M. Garnier nous montre lui-même, en ce qui concerne le délire des persécutions, comme tout ce système du délire chronique est peu fondé. Il admet en effet, une classe de *persécutés persécuteurs* (ils le sont tous plus ou moins). Ces persécutés persécuteurs ne doivent pas, selon lui, être confondus avec les persécutés ordinaires qui sont des *délirants chroniques*, car ils font partie d'un autre groupe, le groupe des héréditaires. J'avoue ne pas comprendre ces distinctions subtiles; c'est là évidemment une contradiction dans la thèse que soutient M. Garnier.

J'arrive à la seconde partie. M. Garnier prétend que le nom de mégalomanie que j'ai employé pour désigner le délire des grandeurs ne s'applique pas à une entité distincte, que le délire des grandeurs n'est pas une monomanie; M. Garnier fait erreur, je n'ai jamais considéré la mégalomanie comme un simple monomanie. Elle repose, comme l'a dit Esquirol, sur l'exagération du sentiment de la personnalité, d'où résulte la surexcitation expansive des facultés et des sentiments, des impulsions violentes, et une attitude caractéristique.

A cette définition d'Esquirol j'ai ajouté que la mégalomanie avait d'ordinaire une période de préparation.

Esquirol ne donnerait plus de nos jours le nom de monomanes à toute une catégorie d'aliénés qu'il a parfaitement observés, car cette expression a donné lieu à des discussions passionnées et à de fausses interprétations. Il n'y a pas, dans le sens absolu du mot, d'aliénés monomanes, c'est-à-dire d'aliénés n'ayant d'autre folie que celle de raisonneur faux sur un seul point, n'ayant qu'une seule idée fixe, absurde, en dehors de laquelle ils raisonnent admirablement bien. Cela n'a pas été dans la pensée d'Esquirol de comprendre ainsi la monomanie ; à côté des idées et des impulsions prédominantes qui caractérisent le délire restreint, partiel, il y a d'autres symptômes plus ou moins faciles à apprécier, et les observations rapportées par ce maître de la science confirment cette manière de voir : « Si, dit Esquirol, ces in-

dividus n'étaient pas fous, ils ne seraient pas des monomanes. »

La monomanie ambitieuse ou mégalomanie a été bien décrite par plusieurs auteurs et en particulier par M. Foville; entre le tableau clinique qu'ils ont tracé et celui que nous expose M. Garnier, sous le nom nouveau de délire chronique, il n'y a pas de différence appréciable.

Est-il nécessaire de créer une dénomination nouvelle dans la science encore confuse de l'aliénation mentale? D'ailleurs cette expression de délire chronique est très mal choisie; elle est loin de représenter à l'esprit le caractère principal de la maladie que l'on veut d'écrire. Le mot *délire* caractérise toutes sortes d'états pathologiques et les formes d'aliénation mentale les plus diverses. L'expression de *chronique* qui caractérise ce délire s'applique à un grand nombre de folies, car il est dans la nature même des maladies mentales de présenter une marche chronique, c'est-à-dire de longue durée.

Je puis faire à M. Garnier des objections d'un autre ordre. Comment peut-il établir un diagnostic de délire chronique au début de l'affection? La dépression morale qui ouvre la scène pathologique, se rencontre dans la généralité des cas et dans les formes d'aliénation les plus diverses. Je demanderai à M. Garnier les signes qui lui permettent d'indiquer à l'avance la transformation d'un délire lypémaniaque en une autre forme d'aliénation mentale ?

D'un autre côté, si cette évolution décrite par les auteurs et qui constitue le délire chronique de M. Garnier, délire ambitieux succédant à une période de dépression, est la règle; on peut citer aussi des exemples où la mégalomanie s'est manifestée brusquement, sans aucune préparation d'emblée, avec les caractères qui lui sont propres.

En résumé, Messieurs, je crois que nous devons rejeter cette innovation, mal justifiée, du délire chronique.

Le délire de persécution reste un type nosologique et une véritable entité dans le cadre des maladies mentales. La description et l'évolution en sont nettement tracées. Ce délire, qui aboutit d'ordinaire à la démence, persiste quelquefois indéfiniment avec les mêmes caractères et j'ai cité une observation de guérison; il ne suit donc pas cette évolution fatale indiquée par M. Garnier; admettant le délire des persécutions tel qu'il est décrit, je ne vois pas davantage la

nécessité de créer, comme M. Garnier le propose, une autre classe dite de *persécutés persécuteurs* rentrant dans un second groupe qu'il appelle le groupe des héréditaires.

La monomanie ambitieuse ou mégalomanie est, elle aussi, un type nosologique; on a tort de lui substituer le nom de délire chronique.

La mégalomanie n'a pas cette évolution fatale que M. Garnier lui assigne. Elle peut persister longtemps, indéfiniment avec les caractères qui lui sont propres.

Dans la description du délire chronique, M. Garnier attribue la même valeur à un délire ambitieux, qui durera trente ans, et à l'apparition la plus fugace d'idées ambitieuses; c'est à mon avis aller contre les principes d'une saine clinique.

M. Garnier a cru devoir blâmer l'expression que j'ai employée avec d'autres auteurs, de mégalomanie, pour décrire une catégorie d'aliénés bien connus; je regrette à mon tour, de ne pouvoir le suivre dans la nouvelle voie qu'il nous indique, et je ne puis admettre cette tendance à rejeter deux types nettement distincts, qui peuvent l'un et l'autre persister indéfiniment avec leurs caractères bien tranchés, pour les confondre en une seule et même maladie à laquelle on donnerait une dénomination qui manque de clarté, et qui rendrait, à mon avis, plus obscure l'étude des maladies mentales.

Séance du 27 décembre 1886. — *Note sur le traitement de l'amblyopie hystérique par l'exercice de la sensibilité spéciale, et des paralysies de même nature par l'exercice musculaire.*

M. Séglas rapporte deux observations prouvant que l'exercice de la sensibilité spéciale peut agir d'une façon efficace sur l'amblyopie hystérique. Un des sujets était en outre atteint d'une hémiparésie droite, et M Séglas a pu, en imprimant des mouvements au bras et à la jambe, faire disparaître cette paralysie. Un mois après, la guérison se maintient encore, les membres conservent leur force et leur souplesse.

M. Séglas rapproche les faits qu'il a observés des expériences de M. Féré (1) dont ils sont la confirmation.

(1) *Bulletin*. Société de Biologie, 1886, p. 512, analyse. *Encéphale*, page .

*De la valeur des hémorrhoïdes et de quelques autres signes en aliénation mentale,* par E. Charpentier.

Voici les conclusions de cette intéressante communication :

1° La folie hémorroïdaire n'existe pas ; une folie arthritique ou herpétique avec délire spécial caractéristique n'existe pas davantage.

2° Il y a rarement relation causale entre l'hémorroïde et la folie, mais il existe une relation de succession, laquelle implique une relation d'évolution, l'hémorroïde et la folie étant souvent les manifestations différentes d'un même état général.

3° Toutes les fois que sur un sujet atteint de troubles mentaux on constate la présence ou l'existence antérieure d'hémorroïdes, il sera prudent de rechercher dans les antécédents de famille non seulement l'aliénation mentale, les névroses et l'alcoolisme, mais aussi les différentes manifestations de l'arthritisme ou de l'herpétisme.

4° Il y aura lieu de tenir la même conduite dans le cas de troubles mentaux, chez un sujet qui aura présenté autrefois de l'incontinence nocturne d'urine, si surtout on ne trouve dans les antécédents de famille ni névrose, ni aliénation mentale. Cette considération trouve son application en clinique et en médecine légale.

5° Au point de vue thérapeutique, nous croyons peu à la possibilité de guérir une folie par le rappel ou la production d'hémorroïdes ; mais si la diathèse herpétique ou arthritique, soupçonnée chez un aliéné, est reconnue, il y a lieu d'espérer dans l'institution d'un traitement dirigé contre l'état constitutionnel.

6° Par ordre de fréquence dans les antécédents de famille de nos aliénés, nous avons noté en première ligne l'alcoolisme ou les excès de boissons, puis l'arthritisme ou l'herpétisme et ensuite l'aliénation mentale ou les névroses.

Nous terminerons par le corollaire suivant :

Toute observation contribuant à l'étude de la folie au point de vue de l'hérédité ou de l'étiologie devrait toujours mentionner, même à titre négatif, les antécédents arthritiques ou herpétiques du malade et de sa famille.

M. Ch. Féré. — La statistique que vient de nous présenter M. Charpentier, est des plus instructives, car elle met bien en lumière la fréquence considérable des manifestations arthriti-

ques chez les aliénés. Cette étude n'avait pas été faite avec le même soin par ceux qui se sont antérieurement préoccupés des relations qui existent entre l'arthritisme et les affections mentales. Je ferai cependant une réserve sur la déduction qui a été tirée des faits. M. Charpentier, jugeant établi le lien étiologique entre l'arthritisme et les vésanies, ajoute que le rôle de l'hérédité dans l'étiologie des maladies mentales est conséquemment atténué. Ses observations me semblent susceptibles d'une autre interprétation ; si l'arthritisme, comme les autres états diathésiques, co-existe fréquemment avec les vésanies et les névropathies, ce n'est pas qu'il existe entre les unes et les autres aucune relation de cause à effet, ni une coïncidence mystérieuse ; c'est que tous ces états morbides, rhumatisme, goutte, diabète (etc.), névropathies, vésanies ont une origine commune, la dégénérescence ; c'est, comme je le disais ailleurs, à titre d'états de dégénérescence que les diathèses et les névropathies se trouvent diversement combinées dans les mêmes familles.

La communication de M. Charpentier a précisément le mérite de montrer que l'arthritisme est une manifestation dégénérative beaucoup plus fréquente encore que nous n'étions en général porté à le croire ; et elle établit la nécessité, bien souvent négligée, de rechercher, lorsqu'on étudie l'étiologie des psychoses et névropathies, toutes les manifestations si diverses de la dégénérescence.

*Du traitement de l'aménorrhée par la suggestion hypnotique* par Aug. Voisin.

La pratique de l'hypnotisme et des suggestions hypnotiques chez les aliénés et les nerveux a fourni à M. Voisin l'occasion d'essayer de traiter l'aménorrhée par cette méthode. Le médecin de la Salpêtrière communique des observations qui lui paraissent démontrer que dans un état de concentration psychique suggérée, le système nerveux cérébral peut influencer une fonction telle que la menstruation qui paraissait se dérober à l'influence de la volonté.

*Note sur les asiles d'aliénés en Orient.*

M. Moreau (de Tours) lit une série de notes des plus intéressantes sur les asiles d'aliénés d'Orient prises par M. Aubry pendant une mission en Orient.

*Les congestions cérébrales d'après la méthode de Mendel.*

M. Magnan au nom de M. Magelhaes Lemos, médecin de

l'hôpital Condé de Ferreira (Porto), donne lecture d'un mémoire sur ce sujet. On croit que Mendel s'est efforcé de produire expérimentalement, au moyen de congestions cérébrales mécaniques successives, l'encéphalite interstitielle diffuse, qu'il regarde comme la caractéristique anatomique de la paralysie générale.

M. Magelhaes Lemos a répété les expériences de Mendel et est arrivé à cette conclusion, que la maladie qu'il a produite ne lui semble pas devoir être dénommée « paralysie générale ». « En effet, dit-il, les symptômes n'ont pas fait de progrès lorsque j'ai mis un terme aux congestions, bien au contraire ; il y a eu rémission, et l'encéphalite interstitielle diffuse n'existait pas. C'est, si l'on aime mieux, à une pseudo-paralysie générale que nous avions affaire. Cet état rentre donc dans le groupe des affections circonscrites et non dans celui des lésions diffuses.

Ch. V.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Année 1887)

Séance du 8 janvier. — *Note sur un cas de Dacryorrhée tabétique*, par M. Ch. Féré.

A côté des hémorrhagies de la peau (Straus, Faisans, etc.) et des muqueuses (Raymond et Oulmont, etc.) et des dystrophies de la peau des ongles, etc., qui se produisent quelquefois au cours du tabes ataxique, on a signalé dans ces dernières années divers troubles vaso-moteurs, se traduisant par des modifications des sécrétions.

Parmi ces troubles, on a surtout étudié l'hyperhydrose, la sialorrhée, la gastrorrhée, l'entérorrhée (1), la polyurie (2).

(1) Putnam. *Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vasomoteurs dans le tabes sensitif.* Thèse de Paris, 1882.

(2) Ch. Féré. *Des troubles urinaires dans les maladies du système nerveux, en particulier dans l'ataxie locomotrice. (Arch. de Neurologie,* 1884, t. VII, p. 237.)

Les hypersécrétions se présentent généralement sous forme de crises locales apparaissant brusquement et cessant de même, sans qu'on puisse leur reconnaître aucune cause occasionnelle extérieure, et ne laissant d'ordinaire après elles aucune altération anatomique ou fonctionnelle appréciable; quelquefois elles sont en relation plus ou moins évidente avec des crises douloureuses locales.

J'ai eu occasion d'observer à ma consultation de la Salpêtrière, un fait de cet ordre : il s'agit, en somme, d'un cas d'ataxie locomotrice dans lequel on retrouve la plupart des symptômes classiques de la maladie, auxquels se joignent des troubles vaso-moteurs parmi lesquels la dacryorrhée tient une place peu commune. Ce symptôme offre d'ailleurs chez mon malade les caractères ordinaires des troubles de sécrétion propres au tabes : il se présente par crises sans cause déterminante appréciable, quelquefois accompagné de phénomènes douloureux localisés ou prédominants à gauche; l'hypersécrétion lacrymale n'est précédée ni suivie d'aucun phénomène inflammatoire local persistant. Il ne reste depuis longtemps aucune trace des paralysies oculaires dont il a été affecté au cours de sa maladie.

Les troubles vasculaires du côté de l'œil ont été signalés depuis longtemps dans l'ataxie par Duchenne, de Boulogne (1), qui a observé la vascularisation des membranes externes. Le larmoiement lui-même n'est pas inconnu. M. Topinard cite le larmoiement unilatéral (2).

M. Pierret signale l'épiphora d'un seul côté, chez un malade qui offrait une légère paralysie des muscles de l'œil et une paralysie de la sensibilité de la face, du même côté (3); mais l'observateur ne s'arrête pas sur ce symptôme et n'indique pas s'il s'agit d'un trouble mécanique de la circulation des larmes ou d'une exagération de sécrétion. Il faut remarquer d'ailleurs que le mot *épiphora* prête à la confusion : on l'applique en effet à tout écoulement des larmes, altérées ou non, en dehors de leurs voies naturelles, qu'il soit dû à une

(1) Duchenne, de Boulogne, *Recherches cliniques sur l'état pathologique du grand sympathique dans l'ataxie locomotrice progressive.* (*Gaz. hebdom. de méd.*, 1864, p. 116.)

(2) Topinard, *De l'ataxie locomotrice*, 1864, p. 453.

(3) Pierret, *Essai sur les symptômes céphaliques du tabes dorsal.* Thèse Paris, 1876, p. 33.

cause mécanique, oblitération des voies lacrymales ou déviation des points lacrymaux, à une inflammation des membranes externes de l'œil, à une paralysie des muscles des paupières, à un trouble vaso-moteur.

Dans le cas présent, il s'agit manifestement d'un larmoiement par trouble vaso-moteur, par exagération de sécrétion ; aussi est-il préférable de le désigner sous un nom qui ait la même forme étymologique que ceux que l'on emploie pour désigner les autres troubles du même ordre (sialorrhée, gastrorrhée, entérorrhée, etc.).

Dans une thèse récente, M. Petrolacci (1) rapposte cinq observations de soi-disant épiphora ataxique. Sur ces cinq observations, il y en a au moins quatre dans lesquelles le diagnostic d'ataxie peut être contesté : dans la première observation, qui est la plus probante au point de vue de l'ataxie, l'épiphora est double ; il se produit quand les yeux sont exposés à un courant d'air froid, et il existe de la blépharite. Les caractères du larmoiement ne sont guère plus satisfaisants d'ailleurs dans les autres cas. Ce travail me paraît seulement établir que la séméilogie du larmoiement mérite de fixer l'attention.

*Réflexe de la moelle du chien ; discernement,* par le Dr Eugène Dupuy.

J'ai vu un grand nombre de fois la manifestation réflexe que je vais décrire, chez des chiens et des chats adultes qui avaient servi à diverses expériences portant sur le cerveau. Lorsque ces animaux ont subi des dégâts considérables de l'encéphale, et pourvu que la moelle épinière, la moelle allongée, le pont de Varole et les pédoncules et une majeure partie au moins des corps quadrijumeaux restent intacts, on les voit se raidir, surtout quand il y a des caillots dans la cavité cranio-spinale. Ils ont un tétanos extrême dans lequel le corps est courbé en arrière, et les quatre membres sont raides. Les animaux sont inconscients évidemment à cause des traumatismes qu'ils ont subis.

Si alors, à l'aide d'une pointe mousse ou d'une plume, on irrite légèrement les muscles gastrocnémiens d'une patte postérieure, on voit celle-ci se déraidir et se porter sous

(1) J. Dejerine, *Sur l'existence d'altérations périphériques des nerfs moteurs dans les paralysies oculaires des tabétiques. (Compt. rendus et mém. de la Soc. de Biologie* 1884, p. 569.)

l'autre qui reste raide, avec un mouvement qui en apparence semble incité par le désir de se débarrasser de l'excitation portée. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, est ceci que le membre raide, ne pouvant débarrer le membre déraidi par l'irritation, ce dernier se porte vers lui et se frotte contre lui : il semble donc qu'il y a là un certain degré de discernement dans les centres médullaires de ces mammifères, analogue à celui qui a été si bien étudié sur la grenouille décapitée, par Pflugger, Lewes et nombre d'autres physiologistes. On doit aussi remarquer que l'état du système spinal, qui tient tous les muscles en contraction si prononcée n'empêche pas les centres réflexes de réagir d'une façon psychique ou avec discernement. Ce qui peut conduire à admettre que plusieurs manifestations différentes peuvent se produire em même temps dans les divers centres de la moelle, sans se contrarier, quand celle-ci est en suractivité.

---

# JOURNAUX AMÉRICAINS

## THE JOURNAL OF MENTAL SCIENCE

(Janvier 1887)

OBSERVATIONS SPHYGMOGRAPHIQUES SUR LE POULS DES ALIÉNÉS, par le Dr T. DUNCAN GREENBES, médecin adjoint de l'Asile de Carlisle.

Ces observations ont été faites avec le plus grand soin et toutes les garanties de certitude, même sur les malades les plus agités. L'auteur, qui s'est servi du sphygmographe de Dudgeon, a éliminé de son étude les individus atteints de maladies du cœur ou d'autres maladies physiques. Il est arrivé aux conclusions suivante :

1° Dans les diverses formes de folie, le système nerveux agit sur le cœur et la circulation de manière à modifier presque toujours l'état normal du pouls ;

2° Dans la manie aiguë et dans les formes de folie où il y a excitation mentale, la tension artérielle diminue et le pouls

est dicrote. Il redevient plus ou moins normal à mesure que la maladie passe à l'état chronique ;

3° La dépression mentale, récente et aigüe, affaiblit la systole cardiaque et amène dans le pouls une dépression correlative. Si elle persiste, ou que le malade tombe dans la stupeur, le pouls se relève ;

4° Chez les épileptiques, il y a diminution de la tension artérielle. Pendant et après l'accès d'épilepsie le pouls devient rapide, petit et irrégulier ;

5° Dans la paralysie générale, le pouls varie suivant les périodes, s'affaiblissant à mesure que la maladie s'aggrave ;

6° Les déments présentent un grand ralentissement de la circulation et du pouls.

De l'alternation des névroses, par le Dr Geo. H. Savage, de l'Hôpital royal de Bethlem, Londres.

Il s'agit de la succession, chez un même individu, de névroses qui, bien que de nature différente, se remplacent de manière à montrer qu'elles ont entre elles d'intimes relations ; des accès de maladie mentale alternent avec des migraines plus ou moins fortes, avec des crises d'hystérie, d'épilepsie ou d'asthme. Dans un cas très remarquable, une paraplégie hystérique disparut à l'invasion d'un accès de folie ; l'accès terminé, la paraplégie reparut. La même alternation a été observée avec la goutte et le rhumatisme. La rapidité du changement, qui dans quelques cas se fait d'une manière presque instantanée montre que les deux dispositions successives sont créées sous une même influence. Les données manquent absolument pour déterminer la nature de cet état de choses.

Des signes indiquant que l'on peut essayer la mise en liberté des aliénés, par le Dr H. Hayes Newington, de Ticehurst.

Malgré la compréhension générale de ce titre, l'auteur s'occupe presque uniquement des aliénés à idées de suicide. Il met naturellement hors de cause les cas de guérison, où la séquestration doit nécessairement prendre fin.

Un aliéné, dit-il, est porté au suicide lorsque l'équilibre normal est rompu entre les motifs qu'il a de se tuer et ceux qui doivent l'empêcher de le faire. C'est précisément l'affaiblissement ou la disparition de ces derniers qui constituent l'état de folie, et qui déterminent soit l'idée prédominante, soit l'impulsion irrésistible.

Parmi les premiers motifs, il faut ranger les maladies men-

tales, spécialement celles où dominent les troubles sensoriels, et tous les états de souffrance physique ou morale.

Le second groupe de motifs, ceux qui doivent éloigner du suicide, comprend tout ce qui concerne la crainte de la mort, l'attachement à la vie, l'exercice normal des affections naturelles et du sens moral, enfin les idées relatives à la vie future.

La détermination à prendre à l'égard de l'aliéné, doit se baser sur l'étude de ces différents motifs et de la force avec laquelle ils agissent sur l'individu.

HOMICIDE INCONSCIENT ET IMPULSION AU SUICIDE, par le Dr EVAN POWELL, directeur médecin de l'Asile Nottingham.

Observation médico-légale d'un individu qui n'était point épileptique, et qui tua un de ses enfants sous l'influence d'une excitation maniaque transitoire, essayant lui-même ensuite de se suicider. Son père et son grand-oncle étaient morts suicidés, et son grand-père était un excentrique.

DEUX CAS DE GUÉRISON DE FOLIE CHRONIQUE, par le Dr LLOYD FRANCIS, médecin adjoint de l'hôpital Saint-Andrew, Northampton.

Dans les deux cas, les malades atteints d'abord de mélancolie, avec tendances au suicide, étaient tombés dans l'agitation maniaque. Après cinq ans et plus de maladie, tous deux guérirent complètement, l'un sous une influence morale, l'autre à la suite d'un accident où il s'était fait une fracture du radius.

DEUX CAS DE FOLIE SYPHILITIQUE, CHEZ DES ALCOOLIQUES, PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES DE PARALYSIE GÉNÉRALE, par le Dr A.-R. URGUHART, directeur médecin de l'Asile royal, James Murray, Perth.

Les deux malades étaient syphilitiques : l'un avait eu du *delirium tremens;* les symptômes principaux de sa maladie furent : de la céphalalgie, une hémiplégie gauche transitoire, des idées de défiance, de l'obtusion intellectuelle ; puis, plus tard, de l'agitation maniaque aiguë, de l'embarras de la parole, de la dysphagie, de l'inégalité pupillaire. L'autre avait du tremblement des mains, et présenta les mêmes symptômes, à l'exception de l'hémiplégie, de la dysphagie et de l'irrégularité pupillaire. Mais il eut par contre des attaques épileptiformes et de l'aphasie. Tous deux guérirent.

Ces deux faits sont remarquables surtout au point de vue de la difficulté du diagnostic au cours de la maladie.

## BRAIN

(Janvier 1887)

SUR LA ROTATION DU CERVEAU, par le Dr ALEX. HILL, professeur d'anatomie à l'Université de Cambridge.

Etude d'embryologie.

SUR QUELQUES RAPPORTS DE LA FOLIE ET DE L'ÉPILEPSIE, par le Dr G.-H. SAVAGE.

Toutes deux sont héréditaires et peuvent affecter isolément les enfants d'une même provenance. Souvent il y a alternance de l'une à l'autre, des parents aux enfants. L'épilepsie peut précéder, accompagner ou suivre la folie. L'épilepsie larvée, rare en Angleterre, a ainsi des relations étroites avec la folie.

Il n'est pas toujours à propos de combattre la production des accès d'épilepsie ; en les faisant disparaître, on peut amener soit l'obtusion intellectuelle, soit la folie. Par contre, l'apparition d'attaques épileptiques peut favoriser le libre développement de l'intelligence. L'auteur cite à ce sujet un fait très remarquable, d'un jeune homme que l'on crut faible d'esprit, idiot même, jusqu'à ce qu'il eut des crises convulsives, et qui, depuis lors, manifesta beaucoup d'intelligence.

La folie et l'épilepsie peuvent, chacune de leur côté, alterner avec d'autres névroses.

Les deux maladies ont encore bien d'autres rapports entre elles ; ceux que nous venons d'indiquer sont les principaux.

PSEUDO-TABES PAR INTOXICATION ARSENICALE ; CONSIDÉRATIONS SUR LA PARALYSIE DUE A LA MÊME INTOXICATION, par le Dr CHARLES L. DANA, de New-York.

Deux observations, comparées à d'autres cas analogues déjà publiés, d'où l'auteur tire les conclusions suivantes :

L'arsenic absorbé, soit à dose médicinale, soit d'autre manière, peut déterminer une maladie semblable à l'ataxie locomotrice.

Les diverses paralysies, d'origine arsénicale, sont dues généralement, non à une myélite diffuse, mais à une myélite en plaques disséminées.

Les paralysies arsénicales, comme celles qui sont causées par la diphthérie, l'intoxication alcoolique ou saturnine, et par d'autres empoisonnements, sont de deux ordres : les unes où il y a en même temps des troubles sensoriels et des

troubles moteurs, avec prédominance de ces derniers et atrophie musculaire ; les autres où l'élément paralytique est peu de chose, et où prédominent les troubles sensoriels, et spécialement l'ataxie.

LE COMA, par le Dr CHARLES MERCIER.

Etude principalement théorique : d'après l'auteur, le coma se réduirait essentiellement à la perte de l'état de conscience, d'où résulterait l'insensibilité, la flaccidité des membres, le rallentissement de la circulation et de la respiration, la parésie généralisée. Ainsi entendu, le coma serait assimilable à l'aliénation mentale, qui, du reste, dans la plupart de ses formes morbides, aboutit elle-même et en fin de compte au coma.

MODIFICATIONS DU SYSTÈME NERVEUX APRÈS L'AMPUTATION DES MEMBRES, par le Dr ERNEST S. REYNOLDS, médecin adjoint du West Riding Asylum, Wakefield.

Dans un cas qu'il a observé, M. le Dr Reynolds a reconnu qu'il y avait altération à la fois des nerfs moteurs et des nerfs sensitifs.

LES LÉSIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE DANS LA RÉGION CERVICALE, par le Dr WILLIAM THORBURN, de Manchester.

Neuf observations, avec commentaires.

CONVULSIONS HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUES PRODUITES PAR L'IRRITATION LOCALE DE LA PEAU, par le Dr G. PARKER, médecin de l'hôpital des enfants, Paddington.

Il s'agit d'une fillette de 11 ans, chez qui l'on provoquait des attaques, simplement en touchant le thorax entre le sein droit et l'aisselle.

Dr VICTOR PARANT.

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

**Hypnotisme, double conscience et altération de la personnalité,** par le Dr AZAM, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux (1).

M. Azam a été l'un des initiateurs de l'hypnotisme en France; aussi quiconque s'occupe de l'étude de cet état ner-

(1) Librairie J.-B. Baillère et fils.

veux doit-il lire les travaux que lui a consacrés le savant profsseur de la Faculté de Bordeaux. Mais jusqu'ici les mémoires de M. Azam ayant trait à l'hypnotisme étaient disséminés dans les recueils scientifiques ; il était par conséquent fort difficile de les consulter ; MM. Baillière ont eu la bonne idée de les réunir en un volume : il faut les en remercier.

L'ouvrage, qui contient près de 300 pages, se divise en trois parties.

La première est consacrée au *sommeil nerveux* ou *hypnotisme*. L'auteur après avoir raconté comment il a été conduit à l'étude de l'hypnotisme, décrit les phénomènes qu'il a observés, les applications chirurgicales et les déductions physiologiques auxquelles ils se prêtent puis il parle des phénomènes psychiques, des applications thérapeutiques et des déductions pratiques qu'ils comportent; enfin il arrive à l'étude du sommeil hypnotique et du sommeil magnétique.

La 2e partie est l'histoire célèbre de Felida X., poursuivie patiemment depuis 1858 jusqu'à 1887.

La 3e partie est consacrée *aux altérations de la personnalité ;* sont successivement étudiées : la personnalité chez les animaux; la personnalité chez l'homme; les altérations de la personnalité dues à un état morbide des facultés intellectuelles; les altérations de la personnalité dues à des états particuliers ou à des névroses; la responsabilité légale dans les cas d'altération de la personnalité.

Ce volume fait partie de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*, qui a pour but de vulgariser les nouvelles découvertes, les nouvelles idées qui doivent attirer l'attention non seulement du monde savant, mais encore de tout homme qui désire ne pas rester étranger au mouvement des sciences modernes.

Nous signalerons comme intéressant particulièrement les lecteurs de l'*Encéphale*, les travaux de M. Cullerre sur le *magnétisme* et l'*hypnotisme*, sur le *nervosisme* et les *névroses*, de M. Beaunis sur le *somnambulisme*, de MM. Burot et Bourru sur la *suggestion mentale* et *l'action des médicaments à distance*, de M. Nerzen sur le *cerveau* et *l'activité cérébrale*, etc., etc.

Tous ces volumes, d'un prix modique, d'un format commode, d'une lecture facile, répondent à un besoin, et le succès de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*, qui réunit de tels avantages, est assuré.

Ch. V.

LIBERMANN. — **Les Fumeurs d'opium en Chine**

Un séjour de trois années en Chine a permis à M. Libermann d'étudier à fond la question qu'il traite et dont les conclusions sont basées sur l'étude d'un millier d'observations recueillies par lui.

L'auteur pense que la rapide propagation de cette habitude est due au besoin qu'ont tous les peuples d'un stimulant du système nerveux, qu'ils recherchent les uns dans le haschisch, les autres dans l'opium, quand ils ne le trouvent pas dans les boissons fermentées; les Chinois et les Tonkinois ne fabriquent pas de vin, ne se servent que de mauvaise eau-de-vie de riz, qu'ils boivent rarement et en petite quantité. Ainsi, selon le docteur Libermann, la meilleure manière d'arrêter l'extension de cette funeste habitude, serait de propager la culture de la vigne, la fabrication du vin en Chine et au Tonkin, ou même l'introduction de vins français.

« La manière de fumer l'opium est connue, il est inutile de « s'étendre sur ce sujet. Certains Chinois, qui usent depuis « longtemps de l'opium, vont jusqu'au chiffre énorme de « deux cents pipes par jour. »

Le docteur Libermann assimile complètement les effets de l'opium à ceux de l'alcool: « Comme l'alcool, l'opium produit « deux états pathologiques, l'un transitoire, l'autre perma- « nent, qu'il a appelés par analogie narcotisme aigu et nar- « cotisme chronique. Comme l'alcoolisme aigu, le narcotisme « aigu se traduit par une excitation cérébrale vive, qui est « suivie, au bout d'un temps plus ou moins long, de collapsus « et quelquefois même de mort, quand les quantités de « substances absorbées ont été assez fortes.

« L'ivresse narcotique, comme l'ivresse alcoolique, s'accom- « pagne d'une stimulation physique et intellectuelle; toutes « les passions individuelles sont mises en jeu et excitées à un « haut degré; puis, après cette ébullition, il y a réaction, qui « consiste en affaissement général suivi d'un sommeil pro- « fond, seulement le sommeil narcotique arrive généralement « plus vite que le sommeil produit par l'alcool, et s'accom- « pagne de rêves et d'images.

« Le narcotisme chronique, comme l'alcoolisme chronique, « débute par les troubles des fonctions digestives. Dans les « deux états, les premiers phénomènes morbides sont l'em- « barras gastrique ou la gastro-entérite, avec toutes leurs « conséquences, l'inappétence, l'émaciation et les cachexies

« séreuses. Puis peu à peu l'appareil cérébro-spinal se « prend; la marche devient pénible claudicante, l'intelligence « faiblit, la mémoire diminue, les plus bizarres hallucina- « tions se déclarent avec un tremblement des extrémités; il y « a production d'un *delirum tremens* narcotique qui ressemble « complètement au délire alcoolique, sauf qu'il est moins pas- « sager; puis les symptômes cérébraux s'aggravent de plus en « plus, et la maladie se termine par l'aliénation mentale, la pa- « ralysie générale progressive ou le ramollissement cérébral.

« Mais toute l'analogie entre les deux substances ne se « borne pas là. L'opium, comme l'alcool, n'exerce pas seule- « ment son influence délétère sur la santé des individus, mais « il agit encore sur leurs qualités morales : il détruit les « sentiments affectifs, engendre l'égoïsme, pousse aux actes « les plus révoltants de brutalité, amène souvent le suicide et « quelquefois l'assassinat.

« Il a de plus, comme l'alcool, le triste privilège de trans- « mettre aux enfants l'héritage d'infirmités physiques et « morales dont il a frappé les pères; il est une cause puissante « de la scrofule, du rachitisme, de l'idiotie, des prédisposi- « tions à l'aliénation mentale, qui se trouvent si fréquem- « ment chez les descendants des fumeurs, comme il est « rapporté au chapitre des *dégénérescences produites par* « *l'opium* (page 62 de ce mémoire).

« On le voit par ce parallèle, les deux substances stimulent « également la masse célébro-spinale, en la congestionnant. « toutes les deux passent dans le sang et vicient la nutrition « générale; toutes les deux anéantissent les facultés céré- « brales par des alternatives d'excitation et de collapsus, et « prédisposent aux affections mentales, en plaçant journelle- « ment ceux qui en font usage dans les conditions d'une folie « momentanée. La seule différence qui existe entre elles tient « au double caractère de l'opium.

« L'opium est excitant et narcotique : comme excitant, il « agit tout à fait à la manière de l'alcool; comme narcotique, « il a une influence plus directe sur le système nerveux « central, qui se traduit par des phénomènes un peu différents « dans les manifestations cérébrales. »

Ainsi que l'auteur l'a fait remarquer (1), « le sommeil nar-

(1) Page 60, chapitre des *parallèles entre les effets de l'opium et ceux de l'alcool*.

« cotique arrive plus rapidement et a une durée plus grande
« que le sommeil alcoolique.

« Dans la période de narcotisme chronique, il est certains
« symptômes morbides qui diffèrent; ainsi, le *delirium tremens*
« narcotique est ordinairement chronique, tandis que le délire
« alcoolique est essentiellement passager; les affections ner-
« veuses, telles que l'aliénation mentale, l'idiotie, la paralysie
« progressive, sont moins lentes à survenir et plus fréquentes
« que dans l'alcoolisme. Voilà les seuls caractères qui diffé-
« rencient, de l'avis du docteur Libermann, les effets patho-
« logiques de l'alcool et de l'opium. »

Il examine ensuite une dernière question sur cette matière:

« Certains économistes anglais ont prétendu que l'opium
« était plus utile que nuisible à la race chinoise, à cause
« de son effet stimulant, et qu'à ce titre il n'y avait pas plus
« de motif de le prescrire que les alcooliques.

« Ces économistes ont tort; car les alcooliques, pris en
« petite quantité, sont utiles en produisant une stimulation
« qui facilite la digestion, favorise l'assimilation et entretient
« l'équillibre de toutes les fonctions.

« Rien de pareil dans le rôle de l'opium. Prise en petite
« quantité, cette substance n'est plus un stimulant, elle n'a
« que des propriétés narcotiques; elle diminue l'appétit,
« entrave la digestion, ralentit la circulation et frappe
« momentanément d'impuissance les fonctions cérébrales.

« Ce n'est qu'à une dose très élevée qu'il acquiert des pro-
» priétés stimulantes; alors son impression sur le système
« nerveux central devient beaucoup plus active et amène
« les effets délétères que nous avons constatés.

« Rien ne justifie donc son emploi, excepté, bien entendu,
« dans le domaine thérapeutique; tout pousse au contraire à
« le proscrire, tandis que les alcooliques peuvent jouer un
« rôle utile quand on en use avec modération. »

L'auteur cherche aussi à élucider la question si contro-versée du sommeil narcotique, pour cela il a fait l'expérience suivante (1) : « sur neuf chiens de même portée, de même
« taille et de grosseur à peu près égale, huit d'entre eux
« reçurent dans la région dorsale, préalablement rasée, une
« injection hypodermique de deux centigrammes de chlo-
« rhydrate de morphine. Deux heures après l'injection de

(1) Page 20 du Mémoire.

« morphine, les huit chiens injectés éprouvèrent quelques
« vomituritions et un peu d'agitation traduite par des mou-
« vements convulsifs de l'arrière-train; puis ils tombèrent
« dans un sommeil profond, calme et paisible. Quand ils
« furent bien endormis, on opéra une section de la boîte cra-
« nienne avec ablation de la calotte.

« Le cerveau parut alors à nu : il était très congestionné,
« surtout du côté des veines et des sinus cérébraux. Les
« huit cerveaux furent retirés, ils étaient lourds et manifes-
« tement augmentés de volume. Le cerveau du chien qui
« n'avait pas reçu d'injection fut enlevé de la même manière
« pour être comparé avec ceux des chiens injectés. Ces
« derniers mesuraient un demi-centimètre de plus que le
« diamètre antéro-postérieur. Ils pesaient on outre 20 gram-
« mes de plus que le cerveau du chien non narcotisé. »

Voici les conclusions auxquelles s'arrête le docteur Libermann : « L'opium congestionne manifestement le cerveau,
« dont le volume et le poids sont augmentés. Comme la
« boîte cranienne est inextensible et ne pent augmenter de
« capacité, le cerveau se trouve comprimé, et cette compres-
« sion lente et graduelle (car la congestion narcotique
« n'atteint pas immédiatement son maximum) produit le
« sommeil narcotique.

« Frappé du vague des théories des philosophes, tant
« anciens que modernes, sur le sommeil, le docteur Liber-
« mann a pensé que cette expérience pouvait servir aussi à
« expliquer le sommeil physiologique. L'homme qui travaille
« du cerveau, le penseur, tous ceux enfin qui exercent une
« profession libérale ont besoin d'un apport de sang dans le
« cerveau d'autant plus considérable qu'ils travaillent davan-
« tage; le repos aidant, ainsi que les quelques stimulants
« dont use même l'homme le plus sobre, la congestion céré-
« brale devient complète à la fin de la journée. La compres-
« sion cérébrale lente et graduelle, constatée par l'auteur
« chez les chiens morphinés, se produit de même chez
« l'homme et amène le sommeil en abolissant les fonctions
« des cellules cérébrales. De plus, comme tous les phéno-
« mènes nerveux ont une tendance à se reproduire périodi-
« quement, le sommeil revient presque toujours à la même
« heure. L'auteur a cru qu'il était à propos de donner à cette
« variété de sommeil, le nom de sommeil par congestion.
« (Le sommeil produit par l'ivresse, confirme cette théorie.)

« Il existe une autre variété de sommeil appelée par « l'auteur sommeil par anémie cérébrale. Il a en effet observé « que le premier besoin des blessés qui ont perdu beaucoup « de sang sur le champ de bataille ou dans les hôpitaux, était « toujours le sommeil. Par des expériences très nombreuses, « il a constaté en outre, en opérant sur lui-même, qu'un « bain d'électricité statique d'une demi-heure faisait dispa- « raître l'insommie et procurait un sommeil paisible toujours « exempt de rêves. Or ce bain d'électricité statique a pour « effet de décongestionner le cerveau ; pris pendant un temps « trop considérable, il pourrait amener une syncope. C'est à « cette variété de sommeil, le sommeil par anémie, que l'on « pourrait rattacher le sommeil des artisans, des laboureurs, « de tous ceux qui passent la journée dans un travail ou les « membres jouent le plus grand rôle. Ce travail produit « nécessairement un afflux de sang dans les membres qui « sont en jeu, et cela aux dépens de la quantité de sang « envoyée au cerveau, qui se trouve en quelque sorte anémié.

« En admettant ces deux variétés de sommeil, basées sur le « système purement expérimental et inductif, on s'expliquera « sans peine la cause du réveil, sur laquelle la philosophie « n'a donné jusqu'à présent que les hypothèses les plus pro- « blématiques.

« Dans le sommeil par congestion, l'absence de pensées et « de travail cérébral amène la décongestion lente et graduelle « du cerveau et par suite le réveil. Dans le sommeil par « anémie, la position horizontale favorise la propulsion du « sang au cerveau, quand l'apport en est suffisant pour pro- « duire la stimulation cérébrale à un degré convenable : le « réveil survient.

« Cette théorie, basée sur des expériences et des faits pure- « ment physiologiques que tout le monde peut constater, « donne la clef de tous les phénomènes du sommeil. »

Monsieur Libermann détruit ainsi une légende trop répandue sur la nature voluptueuse des rêves produits par la fumée d'opium ; ces rêves n'ont pas ce caractère exclusif, mais correspondent aux préoccupations habituelles des fumeurs.

---

# NOUVELLES

Asiles d'aliénés. — *Nominations :* M. le Dr Boiteux, interne de l'asile de Maréville, est nommé médecin adjoint à l'asile de Clermont (Oise). (Arrêté du 25 mars 1887). — M. le Dr Gallopain, médecin directeur de l'asile de la Charité (Nièvre), est nommé aux mêmes fonctions à l'asile de Pierrefeu (Var). (Arrêté du 26 mars.) — M. le Dr Meilhan, ancien interne à Braqueville (Haute-Garonne) et à Saint-Luc (Haute-Pyrénées) est nommé médecin adjoint à Aix (2e classe). (Arrêté du 26 mars.) — M. le Dr Garnier, médecin à Bailleul, est nommé médecin directeur à l'asile de la Charité (Nièvre). (Arrêté du 13 avril.) — M. le Dr Lemoine, agrégé de la Faculté de Lille, médecin adjoint de l'asile d'Armentières, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bailleul, en remplacement de M. le Dr Garnier. (Arrêté du 28 mai 1887.) — M. le Dr Gilbert Petit, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin adjoint à l'asile d'Armentières, en remplacement de M. le Dr Lemoine, et placé dans la 2e classe de son grade (2.400 fr.).

Concours pour la nomination a une place de médecin adjoint de Bicêtre. — Ce concours s'est terminé par la nomination de M. le Dr Chaslin.

Nouvelle loi sur les aliénés. — M. le Ministre de l'Intérieur a déposé le 24 juin, sur le bureau de la Chambre des Députés, le projet de loi, adopté par le Sénat, tendant à la revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. La Chambre a déclaré l'urgence.

Société médico-psychologique. — Dans la séance du 27 juin, M. Motet a fait une communication du plus haut intérêt sur le cas du baron Seillière. M. Motet a commencé par déclarer qu'il n'aurait point parlé de ce fait, malgré tout l'intérêt scientifique qu'il présente, s'il n'était de notoriété publique; il n'aurait pas violé le secret professionnel, si la maladie du baron Seillière n'avait fait le sujet d'une interpellation à la Chambre. M. Motet donne ensuite quelques renseignements

sur la façon dont le malade a été interné. Il termine sa communication en disant qu'il n'est point venu se justifier des attaques dont il a été l'objet, mais au contraire réclamer devant ses pairs sa part de responsabilité.

Après quelques renseignements donnés par M. Falret, la Société vote par acclamation l'ordre du jour suivant présenté par M. Briand : « La Société médico-psychologique adresse « à MM. Falret et Motet l'expression de sa plus vive sympa« thie à l'occasion des outrages aussi inqualifiables qu'immé« rités dont ils viennent d'être l'objet. »

*Tentative de meurtre par un aliéné sur* M. Deny, médecin de Bicêtre.

On se souvient qu'au mois de novembre 1885, un individu, corse d'origine, âgé de 58 ans, Mariot... avait tiré sur la voiture de M. de Freycinet dans le but d'attirer l'attention sur sa personne. Il demandait une réparation du soi-disant assassinat de sa fille, morte à Panama, réparation d'argent qui le mettrait à l'abri de la misère. On reconnut qu'il ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales, qu'il avait présenté autrefois des idées de grandeur et de persécution qui l'avaient poussé à commettre son dernier acte. Comme tous les malades de ce genre, il avait accumulé des écrits autobiographiques volumineux. Depuis son entrée à Bicêtre, il s'était toujours montré calme, soumis, quoiqu'il n'ait jamais voulu travailler. Il protestait sans violences, ni de langage ni d'action, contre son internement, réclamant d'être jugé par les tribunaux. En présence de sa manière d'être, M. Deny, dans le service duquel il se trouve crut pouvoir lui délivrer l'année dernière un certificat de sortie. La Préfecture, sur l'avis du médecin délégué, la refusa. Trois autres certificats eurent le même résultat. M... accusa alors M. Deny de le jouer et de le retenir au lieu de le faire sortir comme il le lui promettait. Mais, néanmoins, il ne le menaça jamais. Vendredi dernier, 17 juin, vers le milieu de la visite, les malades se trouvant rangés contre le mur, M... s'avança tout à coup sur M. Deny et chercha à le frapper dans le bas-ventre avec un instrument qu'il tenait à la main. M. Deny put éviter le coup en sautant en arrière et M... fut aussitôt saisi. Il se laissa emmener sans résistance. L'arme dont il s'était servi est un couteau de table qu'il avait eu soin d'aiguiser à la pointe. Il en avait enveloppé

le manche de chiffons, et avait enroulé une feuille de papier autour de la lame, la pointe seule dépassant légèrement. Puis il l'avait glissé dans sa manche et avait pu ainsi le dissimuler jusqu'au moment où il fit sa tentative qui a fort heureusement échoué. Interrogé depuis, il a dit qu'il n'avait pas l'intention de recommencer, même s'il avait une bonne occasion.

(*Progrès Médical.*)

M. le Dr Biaute, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Nantes, a fait, le 15 avril 1887, à l'amphithéâtre de l'École professionnelle de cette ville, une intéressante conférence sur l'aliénation mentale. Il a traité des généralités de la science, montré les progrès accomplis dans l'assistance publique et la médecine légale des aliénés, depuis le commencement du siècle, et a particulièrement fait ressortir le rôle difficile du médecin aliéniste dans l'appréciation du dégré de responsabilité des criminels soupçonnés d'aliénation mentale. Nous ne pouvons que féliciter notre collègue de son heureuse initiative, ainsi que de son succès qui a été complet si nous en croyons les journaux de Nantes.

(*Annales Médico-Psychologiques.*)

---

## *Publications déposées au bureau du journal*

Le tabac et l'absinthe, leur influence sur la santé publique, sur sur l'ordre moral et social par le Dr Paul Jolly, membre de l'Académie de médecine. *Deuxième édition*, Paris, 1887, in-18. J.-B. Baillière et fils.

La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses par les docteurs H. Bourru et P. Burot, professeurs, à l'Ecole de médecine de Rochefort, Paris, 1887, in-16, avec figures intercalées dans le texte. J.-B. Baillière et fils.

Le cerveau et l'activité cérébrale, étude de psycho-physiologie par A. Herzen, professeur à l'Acad. de Lausanne, 1887, in-16. J.-B. Baillière.

Des anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens et des zones hystérogènes des muqueuses, recherches cliniques par le docteur Lichtwitz. 1887. J.-B. Baillière et fils.

---

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer.

# L'ENCEPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES


---

## LES ÉMOTIONS

### CHEZ LES SUJETS EN ÉTAT D'HYPNOTISME

ÉTUDES DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Faites à l'aide de substances médicamenteuses ou toxiques

IMPRESSIONNANT A DISTANCE LES RÉSEAUX NERVEUX PÉRIPHÉRIQUES


Par J. LUYS

Membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité


Les personnes qui suivent avec intérêt les divers problèmes qu'a soulevés dans ces dernières années l'étude scientifique des phénomènes de l'hypnotisme, ne sont pas sans avoir eu connaissance des très intéressantes expériences que M. Bourru, professeur de clinique médicale, et M. Burot professeur agrégé à l'école de médecine de Rochefort, ont communiquées au Congrès de Grenoble

sous le titre suivant : *Actions à distance des substances médicamenteuses* (1).

Nos savants confrères, conduits par des expériences antérieures et une heureuse curiosité scientifique, ainsi que nous l'indique le Dr Berjon qui a résumé les principaux points de leurs recherches, sont arrivés à reconnaître que certaines substances médicamenteuses ou toxiques, placées en présence du sujet hypnotisé à une distance de 8 à 10 centimètres, étaient susceptibles de déterminer chez ce sujet des réactions spéciales en accord avec leur propriété spécifique intrinsèque (2). C'est ainsi que l'opium était apte à déterminer le sommeil; les spiritueux, l'ivresse avec ses modalités variées suivant qu'on employait telle ou telle substance alcoolique; l'eau de laurier-cerise, un état d'extase religieuse; l'ipéca, les vomissements; la poudre de cantharide, le priapisme avec besoin d'uriner, et que la valériane enfin provoquait des phénomènes analogues à ceux qu'elle détermine chez les chats, etc.

Ces expériences, si imprévues et qui déconcertent de prime saut tout ce que nous croyons actuellement savoir sur l'action des substances médicamenteuses et toxiques

(1) *Comptes rendus de l'Association française pour l'avancement des sciences*. 1885, p. 189.

Voir ensuite le travail du Dr Berjon, médecin de 2e classe de la marine, *La grande hystérie chez l'homme*. Paris, J.-B. Baillière, 1886. — *La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses*, par Bourru et Burot. 1887, avec fig.

(2) Suivant M. le Dr Berjon, l'idée de rechercher l'action des substances médicamenteuses à distance a été suggérée à MM. Bourru et Burot, dans leurs expériences de métalloscopie quand ils virent l'or déterminer de la brûlure non seulement au contact de la peau, mais encore à une distance de 10 centimètres, et l'iodure de potassium donner lieu à des bâillements et à des éternuements. Ils eurent recours à diverses substances médicamenteuses et reconnurent que l'opium appliqué sur la tête produisait un profond sommeil. Dès lors, les résultats bien imprévus de leurs expériences s'élargirent de plus en plus, et ils marchèrent dans cette voie, de surprises en surprises, mais toujours guidés par des déductions rigoureuses. Berjon, *La grande hystérie chez l'homme*, p. 63, J.-B. Baillière, 1886.

sur les corps vivants, ont jeté un vif émoi dans le monde scientifique. Elles empruntaient au terrain même sur lequel elles étaient instituées, ainsi qu'à la façon méthodique et correcte dont elles avaient été exposées, un caractère tout spécial d'étrangeté qui a soulevé tout d'abord bien des étonnements; étonnement légitime du reste qui accompagne toujours une idée nouvelle qui demande à prendre place dans le domaine scientifique (1).

Et, dans ce cas particulier, le scepticisme était d'autant mieux appuyé qu'il s'agissait d'hypnotisme et de sujets hystériques. Si on n'incrimina pas la bonne foi des honorables savants qui étaient venus exposer le résultat de leurs travaux, on insinuait au moins des doutes sur la bonne foi et les tendances suspectes des sujets mis en expérience. Quand on touche, dans le monde des gens qui par position dirigent l'opinion, aux problèmes qui ont rapport à l'hystérie, à l'hypnotisme, on excite d'emblée soit une attention négative, soit des réserves hypocrites. On n'ose pas discuter sur ce terrain, les timides ont toujours peur d'être trompés, et ils admettent généralement que les expériences faites sur des hystériques sont toutes plus ou moins entachées d'imposture, et qu'on n'en doit rien croire.

Je fais incidemment allusion, de concert du reste avec un certain nombre de mes confrères qui s'occupent de

(1) Ce mouvement d'étonnement s'est traduit par le langage caractéristique suivant, tenu au Congrès par M. le Dr Duplouy, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Rochefort.

« Les faits que vient d'énoncer M. Burot m'avaient paru si étranges qu'avant de les accepter j'ai dû les contrôler moi-même. Je dois dire que mon étonnement a été grand, et que ces constatations qui tiennent du merveilleux sont indéniables. J'ai vérifié manifestement l'action à distance de la valériane et de la cantharidine dans des conditions telles que les flacons étant fréquemment mélangés, aucune supercherie ne pouvait exister. J'ai dû me rendre à l'évidence bien que, de par mon caractère, je sois désolé d'accepter ces faits qui paraissent surnaturels. »

maladies nerveuses, à une certaine tendance de l'opinion médicale que je considère comme mauvaise, quand il s'agit d'expériences touchant les sujets hystériques, et contre laquelle il est bon et humain de réagir. Car s'il est incontestable qu'il existe un certain nombre de sujets hystériques qui sont portés à accomplir toutes les excentricités possibles et à dissimuler d'une façon très experte leurs impressions et leurs actions, il en est au contraire un grand nombre dont l'état mental n'est pas tourné dans cette direction. En réalité, leur niveau intellectuel est assez peu élevé, et quand on vit avec ces sujets depuis cinq ou six ans dans une véritable familiarité, on peut connaître à fond leur caractère, leurs tendances, leurs habitudes, et c'est ainsi, par une pratique continue, qu'on peut avoir une quasi-certitude sur la valeur des manifestations morbides présentées par ces sujets et au besoin se porter garant de leur sincérité.

Vivement intéressé par les expériences de mes confrères de Rochefort, je me suis mis en mesure de les vérifier par des recherches comparatives, et ayant eu la bonne fortune d'avoir à ma disposition des sujets hystériques hypnotisables du sexe féminin, dont je connaissais depuis plusieurs années les allures normales du caractère et les modalités pathologiques, j'ai pu employer sur eux les nouvelles méthodes d'investigation et, je m'empresse de le dire, vérifier dans les principaux points les expériences si curieuses dont le monde scientifique doit la connaissance à MM. Bourru et Burot.

J'ai pu ainsi, en agissant sur des sujets différents, en répétant les mêmes expériences chez le même sujet (1), à plusieurs semaines d'intervalle, constater des manifestations identiques, en employant des aimants, et que

(1) Cette étude de l'action des aimants chez les sujets hypnotisés sera l'objet d'une publication ultérieure.

les phénomènes de l'action des corps à distance se reproduisaient identiquement d'une façon fidèle.

Mes recherches personnelles ont porté sur un grand nombre de corps, 67 environ. J'ai constaté l'action des corps sous la forme gazeuse, liquide ou solide. J'ai étudié principalement l'action des corps usités en thérapeutique, la morphine, la strychnine, l'atropine, la narcéine, le bromure de potassium, les spiritueux, les essences aromatiques, et, au fur et à mesure que l'action propre de chacune de ces substances se révélait sur la physionomie ou l'attitude du sujet, je prenais un cliché photographique destiné à servir de témoin des troubles somatiques déterminés par telle ou telle substance.

J'ai reconnu ainsi quelles ressources nouvelles ce moyen d'investigation était susceptible d'apporter dans le domaine, encore si peu connu de la psychologie expérimentale, et combien il était important de pouvoir isoler d'une façon nette et précise, certaines facultés confondues avec les phénomènes psychiques proprement dits: les facultés émotives. Elles peuvent être ainsi isolément sollicitées par telle ou telle substance, provoquées sous des formes variées, et révéler ainsi leur indépendance fonctionnelle vis-à-vis de la personnalité consciente, qui reste en dehors des phénomènes expérimentaux et n'est nullement ébranlée par eux.

J'ai encore pu constater ces phénomènes psychologiques d'une grande valeur, c'est que les actes trophiques qui dépendent de la vie végétative, sont aussi aptes à se révéler sous l'action stimulatrice de certaines substances chez les sujets hypnotisés. Ainsi, à différentes reprises et avec des substances différentes, j'ai pu observer incontestablement un trouble profond dans la circulation de la région du cou, le gonflement thyroïdien, la turgescence de la face. Dans d'autres circonstances,

c'étaient des troubles des muscles inspirateurs, l'accélération du pouls et même des mouvements désordonnés avec arrêt du cœur. Dans d'autres circonstances, j'ai suscité les vomissements et des troubles intestinaux.

Je me propose, dans l'exposé des recherches qui vont suivre, d'aborder successivement les chapitres suivants :

Dans un premier chapitre, je traiterai tout d'abord des procédés techniques mis en usage pour obtenir des résultats comparables, avec garanties contre les causes d'erreur.

Dans un second chapitre, je m'occuperai de la méthode expérimentale à mettre en usage.

Je rappellerai les phénomènes nouveaux de l'hypnotisme, et montrerai par quelles transitions insensibles, les processus déterminés par l'action à distance des substances médicamenteuses et toxiques, se rapprochent des précédents, et forment ainsi un ensemble de faits similaires.

Dans un troisième chapitre, j'exposerai la symptomatologie générale des états émotifs déterminés par l'action des substances en expérience, en indiquant la marche naturelle et les diverses modalités des phénomènes en évolution.

Dans le quatrième chapitre, je signalerai principalement l'importance spéciale que cette nouvelle méthode peut avoir dans la thérapeutique des maladies mentales et nerveuses, en insistant surtout sur les précautions à prendre pour la mettre en usage, et sur les dangers qu'elles peut faire courir aux expérimentateurs trop entreprenants.

---

## I. — DES PROCÉDÉS TECHNIQUES

### A EMPLOYER DANS LA CONDUITE DES EXPÉRIENCES

Pour diriger convenablement les expériences dont il s'agit et obtenir des résultats fixes et comparables entre eux, il est de toute nécessité de procéder avec ordre et en suivant une méthode identique. Car il s'agit ici de véritables expériences de laboratoire, ultra-fines et subtiles, s'exerçant sur un terrain onduleux et divers. On comprend donc combien on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour neutraliser les influences étrangères qui peuvent à l'insu de l'expérimentateur changer les conditions du problème.

Voyons d'abord les points qui touchent au sujet lui-même.

Le sujet, au moment où il est mis en expérience, devra être tenu dans un endroit calme, peu éclairé. On se méfiera des bruits inopinés, d'un son de cloches, par exemple (1), du tic tac d'une horloge bruyante, d'un rayon solaire venu subitement éclairer la pièce, de la présence de certaines odeurs répandues dans l'atmosphère ambiant, et même d'une mouche inattendue qui en se posant sur la face du sujet, détermine un chatouillement spécial, et par suite le réveil du sujet.

Tous ces circumfusa qui à l'état de veille passent complètement inaperçus, par cela même qu'il s'agit de sujets portés par l'état d'hypnotisme à un état d'hyperexcitabilité extrême, développent chez eux des réac-

(1) J'ai actuellement une jeune fille dans mon service, à la Charité, hystéro-épileptique, qui tous les matins, lorsquelle entend le son d'une certaine cloche, tombe régulièrement en léthargie.

tions d'une délicatesse excessive et tout à fait inattendue. Elles peuvent ainsi troubler les allures naturelles des phénomènes en évolution.

Le sujet passe alors d'un état dans un autre, il est porté, par exemple, de la phase cataleptique dans laquelle il devrait rester, dans la phase de somnambulisme lucide, ou bien il se réveille naturellement et reprend connaissance.

Avant de commencer les expériences, il est toujours bon de s'informer de l'état de santé physique dans lequel se trouve le sujet qui doit être hypnotisé, savoir s'il n'est pas fatigué par une marche prolongée, s'il n'a pas eu quelques heures auparavant des attaques convulsives, ou s'il n'a pas été contrarié par ces mille incidents journaliers qui deviennent pour ces caractères excitables, des occasions de bouleversements moraux. S'il s'agit d'une femme, à quelle époque elle en est de la menstruation ? Si elle est avant, pendant ou après son flux menstruel ? Si elle n'est pas sous le coup d'hémorragies graves ? Il est encore bon de s'informer de l'état de la sensibilité cutanée et de rechercher si le sujet présente de l'hémianesthésie et de l'achromatopsie. — Tous ces documents doivent être régulièrement consignés au point de vue de la tenue de l'observation, car ils expliquent certaines particularités qui se présentent dans les caractères du processus hypnotique, et entre autres ces phénomènes étranges du dédoublement en vertu duquel le sujet, en présence d'un seul et même agent, est inégalement impressionné à gauche ou à droite. Il est tourné vers la tristesse si on agit sur le côté gauche, par exemple, et vers la gaieté si c'est le côté droit qui est mis en action. L'état hémianesthésique peut dans certaines limites rendre compte de cette qualité émotive qui se développe dans l'être humain.

Ces réserves faites avant de commencer, le sujet doit être assis dans un large fauteuil bien rembourré, dans lequel il pourra, sans avoir la crainte de le voir se blesser, être pris d'attaques convulsives. On procède alors à l'hynotisation suivant les procédés habituellement mis en usage.

Il est de toute nécessité que le sujet entre d'emblée dans la période de léthargie franche avec ses caractères d'hyperexcitabilité neuro-mùsculaire qui ont été si bien décrits par M. Charcot, c'est la condition indispensable de toute expérimentation régulière.

Relativement aux questions qui touchent aux assistants il est bon que les expérimentateurs qui travaillent pour eux-mêmes et non pour pouvoir faire des exhibitions publiques de phénomènes curieux, aient soin de n'avoir près d'eux qu'un entourage restreint : cinq à six personnes suffisent. Car il ne faut pas oublier que parmi les auditeurs plus ou moins bien disposés à suivre avec attention les phénomènes si délicats qui vont se passer, il y a toujours un certain nombre d'impatients, de bavards, de sceptiques, qui se figurent qu'on les trompe, et qu'on se joue de leur crédulité. Ils sont toujours portés à interpeller ouvertement le sujet, à le toucher sous un prétexte ou sous un autre, à chercher à voir l'état du pouls et des pupilles, à exposer tout haut leurs réflexions, à faire du bruit, et, en un mot, à introduire des éléments perturbateurs qui nuisent toujours à la marche régulière des phénomènes.

Il convient donc de veiller scrupuleusement à l'exécution de ce programme, sous peine de voir les expériences avorter et donner des résultats confus.

J'attribue le désaccord qui existe, et certainement qui existera longtemps parmi les expérimentateurs travaillant dans la même direction, à l'inobservation des conditions

toutes spéciales et excessives en apparence sur lesquelles je ne saurais trop appeler sérieusement l'attention.

Les choses étant ainsi disposées et le sujet mis en léthargie, que va-t-il se passer si on le laisse abandonné à lui-même?

On comprend aisément la portée de cette investigation, car, si on sait bien ce qui va se passer chez un sujet hypnotisé livré à lui-même, — du moment qu'on le mettra en présence de substances stimulatrices, on en déduira immédiatement l'action propre qu'elles sont susceptibles de produire en lui par leur présence.

J'ai donc dans ce but institué une série d'expériences préalables. J'ai à plusieurs reprises mis en léthargie différents sujets. Je les ai placés isolément dans une chambre séparée, loin de toute cause d'excitation, et je les ai ainsi laissés plusieurs heures consécutives dans cet état léthargique, sans qu'aucun phénomène analogue à ceux que nous exposerons plus tard se soit révélé.

Le sommeil léthargique s'est maintenu d'une façon continue, sans la moindre modification.

Voyons maintenant ce qui touche aux substances employées.

Les substances que j'ai successivement mises en expérience sont des gaz, des liquides et des solides, contenus soit dans de petits ballons soit dans des tubes à éprouvette fermés à la lampe (1).

La prudence exige que l'on commence par des doses très faibles pour ne pas produire des effets de prostration ou d'excitation trop intense (2).

S'il s'agit de corps gazeux, il convient pareillement de

(1) J'ai reconnu ensuite que des tubes fermés à l'aide d'un bouchon ciré donnaient les mêmes résultats qu'un tube fermé à la lampe.

(2) J'ai employé le bromure de potassium à la dose de 1 gr. pour 10 gr. d'eau.

ne procéder qu'avec de grandes précautions. Ainsi, au début de mes expériences, j'avais employé un ballon de verre d'un litre de capacité, rempli d'oxygène. J'ai alors obtenu, chez un sujet très sensible, des mouvements d'oscillation de la tête en avant et en arrière d'une extrême violence, se répétant comme des attaques convulsives avec congestion de la face, et j'ai dû interrompre immédiatement l'expérience, pour ne pas avoir d'accidents à déplorer. Lorsqu'après quelques jours de repos, je repris l'étude de l'oxygène, je me servis d'un simple tube à expérience de 0, 20 à 0,22 centimètres cubes de capacité, et j'ai pu ainsi obtenir des réactions plus régulières.

Ici se présente encore une objection bien naturelle.

En présence de ces résultats si surprenants des substances enfermées dans des tubes de verre plus ou moins bien bouchés, je fus amené à me demander quelle part fallait-il faire à l'action du tube de verre lui-même qui est un corps chimique déterminé (un silicate de soude ou de potasse) ? dans quelles proportions il y jouait par lui-même un rôle stimulateur?

J'ai donc éliminé cette inconnue, et dû faire des recherches spéciales. J'ai placé sur le sujet en léthargie des tubes de verre bouchés et non bouchés, et j'ai constaté ce phénomène bien remarquable : c'est que le verre, ce corps en apparence inerte qui n'a ni odeur, ni saveur, est néanmoins apte à déterminer des réactions spéciales que j'ai signalées plus loin dans le journal de mes expériences, et qui est caractérisé surtout par une série des phénomènes hallucinatoires de nature tangible, accompagnés de quelques contractions des bras.

On m'a dit encore : Si les substances les moins aptes à dégager en apparence des influences actives, telles

que le verre, agissent sur l'état d'hyperexcitabilité des sujets, on peut admettre que l'eau que vous employez pour tenir en suspension les différentes substances pulvérulentes que vous mettez en œuvre, doit avoir une action propre, qu'elle doit être, en tant que corps chimique défini, partie prenante du processus en activité et déterminer ainsi des réactions spécifiques dont il faut tenir compte.

Le désir de répondre suffisamment à cette objection très légitime, m'a amené en effet à la découverte d'un phénomène des plus étranges.

J'avais mis en effet un sujet en expérience, il était en léthargie; sans qu'il se doute de quoi que ce soit, sans que je sache ce qui allait se passer, je lui avais placé le tube, contenant environ dix grammes d'eau simple, au lieu d'élection habituel : à la nuque. Au bout d'une minute de contact du tube, quel ne fut pas mon étonnement, de voir ce sujet ouvrir les yeux, prendre un regard menaçant et sinistre, les yeux fixés devant lui comme s'il était terrifié par un danger imminent, et en même temps, les muscles de la face se contracturer? Les mâchoires étaient rapprochées, malgré tous mes efforts je ne pouvais parvenir à les écarter l'une de l'autre. En même temps la salive s'écoula des commissures labiales, et le sujet fut pris de contraction du pharynx et des muscles du cou, avec son regard fixe et menaçant, présentant l'expression faciale d'une véritable hydrophobique. C'était donc une hydrophobie expérimentale qui se révélait ainsi inopinément à mes yeux, sous l'action stimulatrice de dix grammes d'eau simple, enfermés dans un tube de verre. Les fig. 16, pl. IV, et 26, pl. VII, ci-jointes ; donnent la représentation exacte du sujet au moment où les spasmes musculaires ont envahi son visage (fig. 16 et 22).

Voilà certes une série de phénomènes tout à fait inattendus et que j'ai constatés à différentes reprises chez plusieurs sujets. Mais ce que je vais dire est encore aussi singulier et mérite d'être pris en considération. Il s'agit de l'action des substances actives tenues en suspension dans l'eau.

Cette eau qui, employée seule, a une action si énergique et si spécifique — employée avec d'autres substances, par exemple avec du bromure de potassium (1/10), perd son énergie spécifique. Elle ne suscite pas alors les phénomènes propres de l'hydrophobie avec des contractions multiples. C'est l'action du bromure de potassium seule qui alors domine la scène et absorbe toute l'attention ; l'action de l'eau se trouve donc complètement masquée.

Il en est de même si l'on emploie toute autre substance. Que ce soit le sirop de morphine, le chloral, les bromures, qu'il s'agisse de poudres en suspension, l'action de l'eau, en tant qu'agent producteur d'incitation hydrophobique, est neutralisée, et c'est toujours la substance active qui prend le dessus et signale sa présence par des réactions spécifiques.

Il était donc important pour simplifier l'étude déjà si complexe des substances actives sur les sujets hypnotisés, de dégager ces inconnues et d'isoler l'action propre du verre, et celle de l'eau comme véhicule des substances diverses mises en expérience.

Avant d'aller plus loin dans l'exposé de ces expériences, il y a un point capital sur lequel je désire encore vivement appeler l'attention de tous ceux qui sont à même d'entamer des recherches dans ce domaine spécial de la neurologie. Le terrain sur lequel on opère est très dangereux et il ne convient de l'aborder qu'avec une extrême prudence, attendu que, au point de

vue des doses et de la susceptibilité propre du sujet, on avance à tâtons et on se trouve ainsi à chaque instant en face de l'inconnu.

Quoiqu'en disent certains sceptiques qui refusent volontiers à ces expériences un caractère d'expériences sérieuses, je le répète, ce n'est pas impunément que l'on soumet le système nerveux d'un sujet hypnotisé à l'action de certains corps. S'il ne conserve au réveil aucun souvenir de ce qui s'est passé en lui, il a été néanmoins bouleversé plus ou moins profondément dans une portion de sa substance. Il a perdu plus ou moins de son influx nerveux; et il faut avoir été témoin, comme je l'ai été a plusieurs reprises, des troubles profonds que l'on détermine inopinément du côté de l'innervation viscérale, pour comprendre les perplexités intenses dont on peut être envahi lorsqu'on assiste à de pareils désordres.

Tantôt le sujet, sous l'action du tube, reste silencieux pendant plusieurs minutes, on croit que rien ne se passe en lui et qu'il ne ressent rien. C'est tout le contraire, car pendant cette période latente l'action de la substance active s'accumule en lui, le sature comme un courant électrique dans une bouteille de Leyde, et tout d'un coup cette excitation accumulée éclate comme une décharge électrique sous forme de convulsions d'une extrême intensité.

Tantôt, comme sous l'action de la spartéine, ce sont des troubles profonds du côté des muscles respiratoires qui se révèlent, on constate successivement un arrêt du diaphragme, du cornage et une véritable apnée de caractère sinistre.

La fig. 13, pl. IV, donne une idée exacte de la physionomie d'un sujet en cet état.

Tantôt, sous l'action du bromure de potassium, par exemple, c'est un état de dépression profond et quasi

comateux qui s'empare du sujet et raréfie les mouvements de la respiration. La fig. 6, pl. II, l'indique suffisamment.

Tantôt, ce sont des troubles de l'innervation cardiaque avec accélération ou ralentissement du pouls, que l'on détermine lorsque l'on promène à distance le tube à expériences sur les différentes régions du cou, et qu'on sollicite ainsi l'innervation des sympathiques avec turgescence de la face, gonflement de la région thyroïdienne et facies apoplectique, etc., etc. (pl. II, fig. 5; pl. VI, fig. 23; pl. VII, fig. 27).

Toutes ces perturbations profondes que l'on peut ainsi provoquer expérimentalement dans le jeu des grands rouages de la vie organique, nous démontrent avec quelle prudence extrême doivent être conduites les expériences pour ne pas déterminer à leur suite des contre-coups d'une haute gravité et causer la suspension de la vie du sujet en expérience. Ce sont là des situations graves auxquelles on s'expose, et j'avertis tous ceux qui entreprendront ces études nouvelles, qu'ils s'engagent sur un domaine où c'est l'inconnu qui plane devant eux, en les adjurant de prendre toutes les précautions pour aller prudemment et ne pas avoir, à un moment donné, à répondre devant la justice d'un homicide par imprudence.

Ai-je besoin de faire l'exposé de ces désordres graves que l'on peut susciter dans le fonctionnement des appareils de la vie organique chez les sujets hypnotiques? Ne sont-ils pas la seule réponse véritablement péremptoire que l'on doit adresser à toutes les fins de non-recevoir suscitées à l'acceptation de ces nouvelles recherches, ainsi qu'à la prétendue simulation des sujets mis en expérience? On n'invente pas ces états divers d'apnée, ces troubles respiratoires et circulatoires pro-

duits par la spartéine; on ne simule pas ces dépressions profondes produites par le bromure de potassium, pas plus que les modifications si caractéristiques survenues dans le facies des sujets chez lesquels on suscite cet exorbitis si caractéristique avec goitre expérimental (fig. 5, 6 et 13).

Ces réserves étant faites, on procède à la mise en train de l'expérience.

Les tubes renfermant les substances actives doivent être pourvus d'un numéro d'ordre correspondant à un registre contenant pour chaque numéro le nom de la substance active. Ils doivent être disposés dans une boîte fermée, à l'abri des regards du sujet, et sortis au fur et à mesure que les expériences se succèdent.

On endort alors le sujet par un procédé quelconque, et on ne doit commencer à placer les tubes que quand la phase de léthargie est très nettement révélée, ce dont on s'assure par la constatation des caractères propres à cette période de l'hypnotisme : l'hyperexcitabilité neuro-musculaire au niveau des régions antibrachiales, avec flexion des doigts, etc. Ce phénomène bien constaté, on place alors *en silence* le tube à expériences dans le cou au niveau de la nuque en l'inclinant soit à gauche, soit à droite, et en notant surtout de quel côté on le place : si on ne le met pas immédiatement en contact avec la peau, on peut le tenir à une distance de 8 à 10 centimètres, les effets réactionnels seront seulement plus longtemps avant de se révéler (1).

Une fois que l'action de la substance administrée commence à se faire sentir, c'est-à-dire au bout d'une ou

(1) Il est bon d'avoir avec soi un aide qui surveille la situation des tubes, lesquels peuvent être inopinément brisés dans le cou du sujet, lorsqu'ils sont entraînés dans de violents accès convulsifs. Il peut en résulter des blessures dans les points d'application, que l'on doit éviter.

deux minutes, le processus spécial qu'elle suscite commence à entrer en action et va suivre *motu proprio* les phases ascendantes et descendantes que nous avons indiquées plus loin.

On voit d'abord quelques contractions passagères dans la face, quelques grimaces subites comme des décharges nerveuses ; puis le sujet ouvre les yeux en silence et son regard exprime alors des modifications variables en rapport avec les hallucinations variées qui se développent en lui. Quelquefois des contractions se produisent et les phénomènes, suivant ainsi une marche progressive, arrivent ainsi rapidement à leur période de culmination naturelle.

C'est alors, l'état d'hyperexcitabilité sensitive du sujet étant arrivé au maximum, que l'on peut procéder à l'étude isolée de la réaction des divers plexus periphériques sur les réseaux du sensorium en état d'éréthisme. On constate alors, en promenant le tube à distance sur différentes régions du tégument ou bien aux environs des appareils sensoriels, des particularités du plus haut intérêt, savoir :

1° Les réactions du sujet sont différentes suivant qu'on les sollicite du côté gauche ou du côté droit.

Chez les sujets hypnotiques qui, la plupart, sont déséquilibrés au point de vue de la sensibilité cutanée, on constate que les excitations du tégument cutané produisent des réactions excessivement accusées, dissemblables à gauche et à droite, et que les régions centrales émotives sont pareillement influencées d'une façon disparate.

La présence d'un tube va déterminer par exemple, à gauche (pl. V. fig. 17), l'expression de la joie et d'une satisfaction intense ; tandis qu'à droite (fig. 18), le même tube placé dans les mêmes conditions sollicitera des réactions d'inquiétude et de terreur. Avec d'autres substances

on obtient des expressions émotives qui diffèrent les unes des autres au point des caractères spécifiques, mais qui présentent toujours ce point commun, leur différenciation, suivant qu'on agit sur le côté gauche ou le côté droit du sujet (pl. I, fig. 2 et 3 ; pl. 6, fig. 21 et 22).

2° Les réactions varient suivant qu'on promène le tube sur les différentes régions sensitives et sensorielles d'un même sujet, ou même, suivant qu'on le promène à distance des mêmes régions, comme on ferait d'un aimant (pl. III, fig. 9 et 10 ; pl. V, fig. 19).

C'est à ce propos que les dernières expériences si intéressantes de M. Brown-Séquard, faites à un tout autre point de vue, viennent trouver légitimement leur point d'application et montrer les ressemblances intimes qu'elles présentent avec les phénomènes que nous exposons actuellement.

« J'ai trouvé, dit M. Brown-Sequard, depuis sept ou huit « ans, qu'il n'était guère possible d'irriter une partie sensible de l'organisme animal sans modifier plus ou moins « profondément l'équilibre dynamique de la presque « totalité du système nerveux, ainsi que l'irritabilité des « tissus contractiles. Mes nouvelles recherches montrent « combien sont variés et nombreux les effets purement dynamiques provenant d'influences exercées « sur l'encéphale par les nerfs sensitifs, et sur les nerfs « moteurs par les centres nerveux, et que tous les nerfs « moteurs, et presque toutes les parties excitables des « centres nerveux peuvent avoir des modifications très « notables de leur excitabilité, sous l'influence d'irritations lointaines, même peu considérables, de la plupart des parties du système nerveux (1). »

(1) Brown-Sequard. *Influences exercées sur l'encéphale par les nerfs sensitifs et sur les nerfs moteurs par les centres nerveux*. Communiqué à l'Académie des sciences, 1886.

Ces curieux phénomènes physiologiques de retentissement centripète des incitations, même très minimes, parties des régions périphériques et provoquant dans les centres nerveux ces réactions sur les nerfs moteurs, que l'illustre physiologiste a ainsi expérimentalement mises en lumière, ne sont-ce pas là des phénomènes du même ordre que ceux que nous exposons? — Et ces réactions variées, ces mimiques polymorphes des régions émotives sur les muscles de la face et du tronc, ne sont-ce pas là les applications nettes et précises de ces réactions centrifuges qu'il a signalées sur les nerfs moteurs? — Et, pour compléter les analogies, n'est-il pas encore curieux de voir que M. Brown-Séquard insiste sur la faiblesse des excitations primordiales destinées à mettre en branle les régions centrales?

Nous allons donc voir ici dans la suite de nos expériences ultérieures, qui ne sont en définitive que des expériences physiologiques, combien elles empruntent aux recherches du savant physiologiste un appui sérieux, combien, par cela même, elles perdent à un certain point leur caractère d'étrangeté pour rentrer dans le giron des données véritablement scientifiques.

Dans la plupart des expériences, et surtout lorsqu'il s'agit de sujets peu excitables, lourds et somnolents, les réactions que l'on obtient en promenant le tube sur les différentes régions de la peau, soit en le mettant en contact, soit en le tenant à distance, sont banales et insignifiantes. On déterminera, suivant les régions interrogées des contractures, des muscles sous-jacents, comme cela se passe communément à la surface de la peau de l'avant-bras, du bras et à celle de la face. A la distance d'environ 8 à 10 centimètres, un tube chargé détermine presque toujours les mêmes effets contracturants sans réactions émotives propres.

Mais, a-t-on affaire à un sujet sensible et impressionnable, la scène change du tout au tout.

Vient-on à présenter le tube sur les régions latérales du cou, par exemple, on voit alors apparaître des réactions instantanées qui peuvent acquérir rapidement une intensité inquiétante.

En ces régions, en effet, on se trouve au voisinage des pneumogastriques et des filets sympathiques, et alors, le tube, même à distance, détermine quelquefois des accidents de turgescence de la face, avec anxiété respiratoire, tumulte des battements du cœur, etc., irrégularités du pouls, état cyanique de la peau du cou et de la face; et en un mot on constate un ensemble de symptômes graves qui indiquent que l'on trouble instantanément le jeu des grands rouages de la machine vivante et que la situation pourrait avoir une issue inquiétante. Quand on a appliqué le tube au-devant de la région thyroïdienne, comme cela est indiqué, pl. II, fig. 5; pl. VI, fig. 23; pl VII, fig. 27, on assiste alors à un spectacle bizarre : le sujet, restant silencieux, est animé d'un regard étrange, sa figure se congestionne et devient cyanique, le cou se gonfle d'une façon rapide et intense par développement du corps thyroïde; et cet état de gêne respiratoire, qui s'accompagne d'un cornage à timbre sinistre, devient suffisamment inquiétant pour qu'on n'aie pas le désir de continuer, ces expériences pouvant devenir dangereuses.

Il suffit d'éloigner le tube du sujet pour faire disparaître toute cette série de manifestations pathologiques qui représentent bien nettement, dans leur ensemble, l'expérience du goitre exophthalmique.

Mes expériences n'ont pas encore porté sur les organes abdominaux au point de vue de la recherche des phénomènes qu'ils peuvent pareillement présenter en présence des stimulations expérimentales à distance.

J'ai noté seulement, qu'en promenant des tubes contenant des substances variées, j'ai pu obtenir, même à travers les vêtements, dans les lieux d'application, des troubles dans la circulation de l'intestin s'annonçant par des bruits de borborygmes très nettement localisés dans les régions en expérience (1), accompagnés d'évacuations intestinales (pl. II, fig. 7).

Après avoir ainsi exploré au point de vue des réactions centripètes sur le système nerveux central les différentes régions du tégument cutané du côté gauche et du côté droit, on passe ensuite à l'examen des appareils sensoriels :

D'abord l'oreille. On applique le tube soit dans la conque de l'oreille, ou on le maintient à distance. On sollicite quelquefois des réactions spécifiques. Le sujet entend alors des sons qui le rendent attentif et silencieux ; d'autres fois, il entend des sons musicaux connus, et les chante avec une grande netteté. On développe de la sorte une véritable hallucination auditive temporaire (2).

L'excitation de la région ophtalmique vient ensuite. Si les paupières sont abaissées, l'action du tube les relève, et, suivant les substances en expériences, on assiste alors à un spectacle bien étrange. On voit, en effet, le sujet demeuré silencieux dont l'œil ouvert suit le tube brillant dans les moindres mouvements oscilla-

(1) Les mêmes substances mises en contact avec différents territoires sensoriels des plexus cutanés produisent des réactions différentes aussi. Un centigramme de chlorydrate de morphine placé dans un tube derrière la nuque à suscité des émotions violentes d'effroi avec terreur (pl. III, fig. 10), et placé à quelques centimètres plus loin, en présence de la joue droite, il a suscité une expression de joie et de tendresse des plus accentuées (pl. III, fig. 9). Ces observations pourraient peut-être avoir une application thérapeutique utile au point de vue du lieu d'élection des injections sous-cutanées.

(2) J'ai constaté à plusieurs reprises un phénomène bien étrange sous l'influence d'un tube contenant certaines subtances indiquées plus loin. C'est la mise en action des muscles du pavillon de l'oreille. Je pus voir, et faire voir aux personnes présentes, que dans ce cas le pavillon de l'oreille s'élevait ou s'abaissait en suivant parallèlement les mouvements du tube stimulateur que j'élevais ou que j'abaissais sensiblement.

toires, il le suit par une sorte de fascination attractive, comme s'il était attiré par lui, comme une aiguille aimantée qui suit l'aimant. Tous les objets brillants déterminent les mêmes réactions. Dans la plupart des cas l'action du tube reste localisée à un œil ; d'autres fois elle s'étend sur l'œil du côté opposé et s'il est fermé, l'ouvre, et s'il est ouvert le fait fermer. Il y a, la plupart du temps, des actions opposées à gauche et à droite.

Les émotions suscitées par la vue sont pareillement dissemblables suivant que c'est l'œil de tel ou tel côté qui est sollicité. Ainsi telle substance qui par l'intermédiaire de l'œil gauche détermine des réactions de tendresse et de douceur des plus significatives (pl. V, fig. 19), (l'essence de fenouil par exemple), si elle est présentée au-devant de l'œil du côté opposé, elle sollicitera des réactions dissemblables, une vive répulsion par exemple avec accompagnement de gestes violents.

Les orifices des narines peuvent être encore interrogés, mais ces expériences sont peu démonstratives en raison du rapprochement des narines. En prenant cependant quelques précautions, on peut reconnaître qu'elles présentent pareillement des réactions dissemblables quelquefois ; les réactions émotives qu'elles sollicitent sont la plupart du temps nulles ou banales.

Il est très difficile d'étudier les réactions du sens gustatif, de la langue en particulier, soit du côté droit, soit du côté gauche. Il faut faire ouvrir la bouche du sujet, et on risque par cela même de changer son état hypnotique. Ce n'est donc que dans les phases du somnambulisme lucide que l'on peut obtenir un témoignage de ses sensations, et alors ce témoignage est suspect, car tout le monde sait qu'à cette période les sujets sont tellement passifs qu'on peut leur inculquer toutes les sensations imaginables sans qu'ils puissent réagir par eux-mêmes.

## II — DE LA MÉTHODE A SUIVRE DANS LA CONDUITE DES EXPÉRIENCES

Pour procéder, je ne dis pas à coup sûr, mais avec le minimum de causes d'erreur possible, il convient d'avoir recours à une méthode fixe et déterminée à l'avance, en dehors de laquelle il n'est pas possible d'obtenir des résultats certains et comparables entre eux.

Cette méthode, que j'appellerais volontiers physiologique, consiste (les dispositifs des expériences ayant été fixés ainsi qu'il a été dit) à *n'intervenir par soi-même que le moins possible* dans l'action, et à laisser les processus évoluer suivant leurs tendances propres et leurs enchaînements naturels.

Cette manière de faire qui est mienne, et sur laquelle j'appelle tout particulièrement l'attention, repose sur ce fait fondamental que je considère comme un axiome en hypnotisme, c'est que les divers états hypnotiques : l'état léthargique, l'état cataleptique et l'état de somnambulisme lucide, que certains auteurs considèrent encore comme des états autonomes indépendants les uns des autres, constituent au contraire les anneaux d'une même chaîne et les phases successives d'un seul et même processus hypnotique en évolution. Chaque processus commence à la phase léthargique, s'élève à la phase cataleptique, puis à celle du somnambulisme lucide pour retomber par une courbe descendante à son point de départ, à la période de léthargie de retour.

C'est donc suivant moi un cycle complet que les phénomènes hypnotiques parcourent.

Prenez un sujet, en effet, fondamentalement hypnotisable, plongez-le en période de léthargie par un procédé quelconque, vous développez immédiatement un trouble profond dans son innervation centrale, et, du même coup, vous interrompez les connexions de la vie consciente avec la vie inconsciente. — Vous dédoublez alors son unité psychologique, car alors ce sont les réactions purement inconscientes de la vie automatique qui vont seules se mettre en activité, et l'individu ainsi privé d'une portion de son innervation cérébrale, devient comparable à ces animaux décapités, chez lesquels le processus excito-réflexe dela moelle acquiert une énergie d'autant plus intense qu'il n'est plus contre-balancé par les actions modératrices irradiées du cerveau. Le réveil est toujours long à susciter chez l'hypnotisé en période de léthargie, alors que les régions cérébrales servant de substratum aux phénomènes psychiques sont dans un état de sommeil profond. Les régions de la moelle épinière et du nevraxe sont les seules qui persistent en vie et donnent lieu à des réactions somatiques caractéristiques (1).

Vient-on maintenant, à soulever légèrement ses paupières, à faire entrer dans son cerveau plongé dans l'obscurité, par l'intermédiaire de sa rétine et du nerf optique, quelquos vibrations lumineuses, immédiatement la scène change — l'individu illuminé s'anime, il reste les yeux

(1) Il est des circonstances, jusqu'ici peu étudiées encore, en vertu desquelles le sujet hypnotisé peut encore s'abaisser dans dans les manifestations dépressives de son système nerveux. Il s'agit d'états qu'on pourrait appeler *ultra-léthargiques*, dans lesquels on voit des sujets, profondément frappés, tomber dans une véritable coma, sans réaction d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Ils sont complètement anéantis, les actions de la moelle sont nulles, le sujet ne vit plus que par ses régions bulbaires qui sont encore en vie. Ces états qui sont rares ne sont pas sans devenir inquiétants s'ils se prolongent, le réveil est toujours long à susciter.

ouverts et son regard exprime ce qui se passe en lui. Les vibrations lumineuses ont mis en branle certaines régions obscures de son encéphale et cela a suffi pour le faire monter d'un échelon sur la pente du réveil : il est en catalepsie.

A ce moment, la scission entre les régions conscientes de sa personnalité existe encore, et les manifestations qui vont avoir lieu, quoique d'un ordre plus relevé que celles purement automatiques de la phase précédente, vont apparaître comme un caractère spécial qui constitue ce groupe de phénomènes cérébraux si curieux, si peu étudiés, que nous subissons tous plus ou moins dans la vie courante, et qui constituent les véritables *actions réflexes cérébrales* (1).

C'est dans cette phase que nous allons pouvoir susciter toute cette série de phénomènes émotifs que nous allons signaler dans la troisième partie de ce travail, et qui représente sous les formes les plus variées, depuis les émotions de l'indifférence et de l'étonnement, depuis les sentiments les plus faibles, jusqu'aux expressions les plus complètes de la terreur, toutes les tonalités de l'émotivité humaine.

On peut donc dire d'une façon indubitable que cette phase nouvelle subie par le sujet hypnotisé est une phase de perfectionnement par rapport à la phase précédente, et que la seconde dérive très nettement de la première à laquelle elle est strictement enchaînée comme le deuxième temps de la déglutition est strictement la suite du premier. — Mais, ce n'est pas tout, cet automate qui dans la période de catalepsie précédente, ne semblait vivre que par le regard qui exprime soit le vide, soit l'exaltation de ses émotions, cet automate, dis-je, ne parle pas, car on ne peut appeler paroles les sons arti-

(1) Luys. *Des actions réflexes cérébrales.*

culés qu'il répète comme un écho et que l'on prononce à son oreille.

En poursuivant l'expérience, sous l'influence d'un attouchement léger sur la peau du crâne, on voit encore un changement subit qui s'opère en lui. Il passe alors dans la phase du somnambulisme lucide. On lui rend ainsi la faculté d'entendre ; on réveille d'autres régions de son cerveau ; il entend, et, chose bien étrange qui déjoue tout ce que nous croyons savoir sur l'évolution de la parole ! — il entend et parle d'une façon appropriée — il donne signe de réaction consciente — il dit : moi, et cette réaction qu'on prend pour consciente, n'est que fictive et apparente, car au réveil il n'en gardera aucun souvenir ; il sera par conséquent complètement inconscient de tout ce qu'il aura dit et fait pendant cette phase du somnambulisme lucide qu'il parcourt en ce moment. C'est la dernière étape qui le sépare du réveil complet, c'est-à-dire de son raccordement avec la portion consciente de lui-même dont il a été ainsi expérimentalement dissocié, et avec laquelle il va se compléter.

On voit donc par cet exposé combien l'état de somnambulisme lucide est enchaîné à l'état cataleptique qui le précède et combien celui-ci à son tour dérive de l'état léthargique. Ces états se commandent dans l'ordre physiologique comme des phases enchaînées d'un processus naturel et constituent une filiation régulière.

Mais, ce n'est pas tout — cette phase de somnambulisme lucide qui touche au réveil et qui représente la phase culminante du processus en évolution, elle n'est pas (abandonnée à elle-même), destinée à se prolonger indéfiniment — c'est un processus qui suit son cours, elle doit aboutir à quelque chose.

Ou bien le sujet, après avoir développé les réactions hypnotiques propres à cette période, après s'être dépensé

d'une façon plus ou moins rapide, va être réveillé par l'expérimentateur, et rentre dans la vie réelle. Le réveil a lieu et tout est terminé. Ou bien, s'il est abandonné à lui-même, s'il est laissé en présence des incitations hypnotiques que l'on a développées en lui, que va-t-il se passer ?

Dans ces circonstances on observe alors un phénomène bien étrange. Si le sujet est dans un endroit calme, si on le laisse sans l'exciter par des interrogations, si on fait l'obscurité autour de lui, il cesse de parler et de se mouvoir, la vie rétrocède en lui, et on le voit alors, dans certains cas, repasser tout doucement, comme un foyer qui s'éteint, ou d'autres fois d'une façon subite et inopinée, dans la phase de léthargie dont il était émergé au début.

C'est ainsi qu'un cycle complet a été parcouru par la série des phénomènes hypnotiques enchaînés réduits les uns dans les autres. Ce sont là de véritables processus physiologiques réguliers, comme les processus excito-moteurs que l'on développe à travers l'axe spinal et auxquels on attribue une phase incidente, une phase intermédiaire et une phase de réflexion. Il y a là véritablement une manifestation dynamique expérimentale que l'on suscite dans le système nerveux, qui obéit à des lois fixes et suivant un ordre d'évolution régulier ; c'est l'état léthargique qui est au début, et c'est l'état léthargique qui est à la fin du processus, c'est de là que part le sujet hypnotisé, c'est là qu'il revient après avoir parcouru les étapes successives fatales de l'état hypnotique sous forme d'une courbe à période ascendante et à période de décours (1).

(1) Cette succession des états variés de l'hypnotisme a été déjà parfaitement indiquée par le Dr Descourtis. Le schéma qu'il en a tracé rend la chose parfaitement démonstrative. Voir l'*Encéphale*, 1885, p. 173.

Ces considérations physiologiques de l'enchaînement régulier des différents états de l'hypnotisme, et leur subordination réciproque me paraissent être les notions indispensables à connaître comme méthodes naturelles à imiter pour la mise en train de l'étude des médicaments à distance sur les sujets hypnotisés. — Ne faut-il pas en effet bien connaître la marche et l'enchaînement réciproque du processus de l'hypnotisme à l'état normal pour se rendre compte de ce que deviennent ces mêmes phénomènes dans les conditions nouvelles et extra-physiologiques que l'on va susciter?

Voyons maintenant comment dans la pratique des expériences de l'action du médicament à distance les choses vont se passer.

Je le dis dès le début, lorsqu'on laisse le sujet abandonné à lui-même, sans lui parler, sans lui faire les plus minimes attouchements, une fois qu'il est sous l'influence d'un agent stimulateur quelconque, il va dérouler de lui-même les énergies naturelles dont il est animé, et en passant successivement de l'état léthargique à l'état cataleptique, puis à l'état de somnambulisme lucide, pour revenir à la phase léthargique de retour, il va nous donner la démonstration expérimentale de l'enchaînement du processus hypnotique tel que nous venons de le formuler précédemment.

Le tube étant placé comme il a été dit au lieu d'élection au niveau de la nuque, au bout d'une minute ou deux on voit quelques tressaillements fibrillaires apparaître sur la face ; des grimaces subites, consécutives à quelques hallucinations visuelles, se révèlent, le sujet s'agite sur son siège ou bien il défait sa coiffure, se gratte ou délace ses vêtements, puis, à un dégré un peu plus avancé, les yeux s'ouvrent spontanément et cela

d'une façon silencieuse. Ils expriment alors, suivant la nature de la substance employée, des expressions émotives diverses. Le plus souvent ce sont des expressions de crainte et de terreur qui sont en jeu.

C'est la phase léthargique du processus qui se révèle alors avec cet état d'hyperexcitabilité des régions émotives qui lui est propre. Ordinairement cette phase reste silencieuse. Les sujets ne parlent pas et s'ils ne sont pas provoqués d'une façon quelconque ils restent dans l'état léthargique et ne s'élèvent pas au degré supérieur.

Mais, si le sujet est doué d'une impressionabilité spéciale, s'il est pourvu d'aptitudes intellectuelles plus riches, l'action de la substance employée trouvera bien un champ d'action plus vaste. Elle s'accumule en lui progressivement et développe la mise en activité des territoires multiples de son cerveau. Il se met donc spontanément à parler et à exprimer les impressions subjectives qui le travaillent.

Il est donc entré, *motu proprio* dans la phase du somnambulisme lucide qui correspond à la période culminante du processus hypnotique en évolution. Et, c'est ainsi que cette graduation, aussi naturelle que spontanée des processus successifs de l'hypnotisme, nous démontre encore les liens qui les réunissent entre eux ainsi que leurs filiations physiologiques.

Mais, ce n'est pas tout, et d'après ce qui va suivre, on va voir combien les connexions sont encore plus intimes.

Au moment en effet où le processus, sous l'action dela substance stimulante, est à son point culminant, vient-on à éloigner du sujet subitement le tube contenant la substance active? Immédiatement un changement profond s'opère dans tout son être. S'il marche, il s'arrête subitement et devient titubant; s'il parle, il interrompt immédiatement sa phrase qui reste inachevée, et alors, si on

continue à le priver de cette force d'emprunt qui l'anime et le soutient, on le voit tantôt brusquement, tantôt lentement, passer par les mêmes phases qu'il a parcourues dans la période ascendante du processus, et s'arrêter quelquefois comme foudroyé à la phase de la léthargie de retour.

Pendant cette phase régressive on assiste encore à une série de phénomènes des plus intéressants et qui annoncent qu'il s'agit bien d'un véritable cycle parcouru par le sujet. Il exprime en effet, au fur et à mesure qu'il descend et se rapproche de la période de léthargie de retour, les mêmes gestes, les mêmes grimaces, les mêmes tics et tressaillements fibrillaires qu'il a manifestés dans la période ascendante du processus et ces phénomènes se manifestent naturellement dans l'ordre inverse où ils se sont tout d'abord révélés. Par exemple si au début le sujet a tiré la langue en faisant des grimaces, les mêmes manifestations se révèlent, à la fin, sur les frontières de la léthargie de retour.

Cet enchaînement de phénomènes, qui se déroulent d'eux-mêmes si ponctuellement chez les sujets hypnotisés, indique d'une façon précise la conduite à tenir dans la direction méthodique des expériences, il nous montre la fatalité des opérations, leur marche ascendante, leur période de culmination suivie de la période de décours. Il faut donc prendre sur soi de respecter d'une façon absolue l'ordre naturel des choses, ainsi que l'état du sujet une fois qu'il est sous l'action de la substance stimulatrice qui agit sur lui, *ne pas lui parler, éviter les moindres attouchements sur une région quelconque de sa personne, et de la tête en particulier.* Il faut savoir attendre et laisser évoluer d'elles-mêmes les forces mystérieuses de son système nerveux auquel on fait expérimentalement appel.

Autre précaution encore à retenir : comme chaque substance que l'on expérimente agit chez le sujet d'une façon spécifique et détermine des processus appropriés, il faut donc d'une manière absolue, si l'on ne veut pas entremêler les phénomènes les uns avec les autres, attendre, avant d'expérimenter l'action d'une nouvelle substance, d'avoir constaté bien nettement que l'action de la substance précédemment employée est complètement épuisée. Il faut que le sujet en soit absolument *expurgé*.

Pour bien se rendre compte qu'il en est ainsi, il faut, en faisant appel aux notions physiologiques précédemment exprimées, savoir bien reconnaître que le sujet est entré dans la phase de la léthargie de retour. Il y a pour cela un signe pathognomonique, c'est le retour de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire des avant-bras, révélé par l'action d'un léger frôlement. — Tant que cette contraction symptomatique de l'état léthargique ne sera pas réapparue d'une façon nettement apparente, il faut attendre : cela prouve que le sujet est toujours sous l'action de la substance précédemment employée. Mieux vaut attendre quelques minutes, et quand on voit que le sujet, interrogé ainsi qu'il a été dit, a récupéré son hyperexcitabilité caractéristique de l'état léthargique aux avant-bras, on peut le considérer comme ayant expurgé l'action de la substance employée précédemment et susciter un nouveau phénomène expérimental.

(*A suivre*).

---

*Explication des Planches.*

## EXPLICATION DES PLANCHES

### PLANCHE I

*Fig. I.* — Le sujet Esther à l'état normal, dans le courant de l'année 1886. Ce portrait a été fait à la même époque que toutes les figures qui suivent.

*Fig. II.* — Essence de Thym. — Application du tube au niveau de la nuque, côté droit en arrière. Le sujet regarde à gauche, et il est en proie à des hallucinations terrifiantes.

*Fig. III.* — Essence de Thym. — Le sujet regarde à droite, et est en proie à des hallucinations gaies. Le tube est placé à gauche, à la nuque.

*Fig. IV.* — Essence de Thym. — Le tube a été placé en avant de la figure, du côté gauche, il a produit un prurit avancé. Le sujet se met à la recherche d'une puce imaginaire; il l'a trouvée et la tient sur son doigt. Il y a en même temps un strabisme très manifeste.

### PLANCHE II

*Fig. V.* — Essence de Thym. — Le tube vient d'être présenté en avant de la région thyroïdienne, il en est résulté un gonflement instantané de cette région. Le pourtour du cou qui était de 0,31 cent. au commencement de l'expérience, est monté sur cette figure à 36 cent. En même temps un exorbitis très accusé, avec dilatation énorme des paupières s'est manifesté.

*Fig. VI.* — Bromure de potassium. — Tube présenté à droite, état de dépression générale, anhélation, puis respiration stertoreuse.

*Fig. VII.* — Poudre d'Ipéca. — État nauséeux progressif, suivi de vomissement de matières glaireuses. Tube placé à la nuque.

*Fig. VIII.* — Chlorhydrate de morphine au dixième. — Tube placé en arrière à gauche. Hallucinations terrifiantes, énorme dilatation des paupières. Le sujet a les bras contracturés, les cheveux sont épars.



Fig. 1.



Fig. 2.





Fig. 3



Fig. 4

Georges Luys Ph.t Photogl. A. Lemercier

Librairie J. B. Baillière et Fils

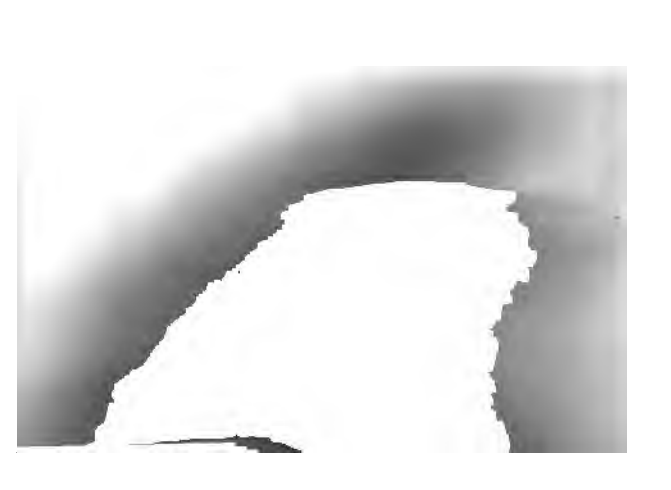




Fig 5.




Fig 6




Fig. 7

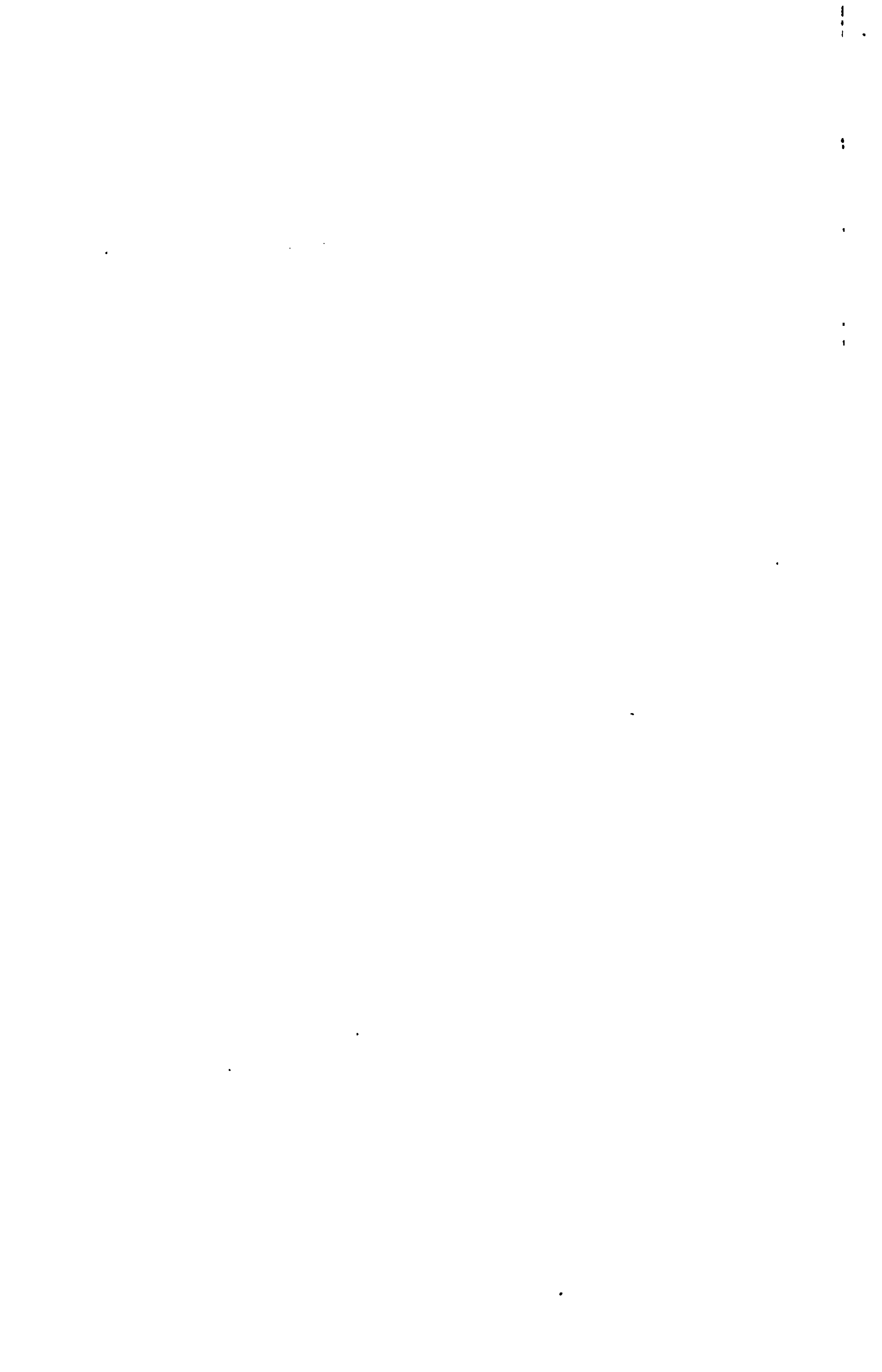



Fig 8.

Georges Luys f.

Photogl. A Lemercier

Librairie J.B. Baillière et Fils.



# APHASIE CHEZ UNE TACTILE

Par le D[r] FARGES

Professeur à l'École de médecine d'Angers

---

L'un des plus réels progrès qu'aient amenés les récentes études sur l'aphasie, est assurément la distinction systématique des quatre opérations constitutives de cette faculté du langage que l'on a trop longtemps étudiée comme une simple unité. Psychologues et pathologistes ont dû procéder par une analyse méthodique plus détaillée, et l'étude des sources ou des origines du langage intérieur, n'a pas moins éclairé la question que les recherches topographiques des lésions cérébrales.

La thèse de Ballet (1886) n'est pas seulement un habile résumé de l'état actuel de nos connaissances, elle fixe les points acquis avec cette clarté de style et de méthode qui sont le propre de la science et de la langue française, aussi revient-on la feuilleter à chaque nouveau cas d'aphasie, même après avoir relu les leçons magistrales de Charcot « cette grande mer où il fait bon pêcher », comme aurait dit Guy Patin.

En essayant d'appliquer à une aphasique que j'observe en ce moment, les règles posées par le savant agrégé, j'ai dû noter un phénomène déjà indiqué en partie, mais tellement accentué chez ma malade, qu'il constitue non seulement une *formule personnelle*, mais l'isolement presque complet de l'une des origines sensorielles du langage intérieur.

Parmi les sources qui fournissent une part corrélative au langage de ceux qu'on nomme les indifférents, rien n'est mieux déterminé que la prédominance des images

auditives ou visuelles, chez ceux dont on a formé la classe des *Visuels* ou des *Auditifs*. La classe des *moteurs* forme un groupe plus complexe, dans lequel ou pourrait établir avec avantage quelques subdivisions. M. Ballet en distingue déjà nettement deux, car les *images motrices d'articulation* peuvent prédominer comme chez M. Stricker ou M. Ballet lui-même, et l'on a une première section (A) de moteurs *prononciateurs;* ou ce sont les *images motrices graphiques*, comme dans les observations un peu moins tranchées de Bernard, de Binet et de Fournier; deuxième section (B), moteurs graphiques ou *gesticulateurs*. Mais il me paraît nécessaire d'en établir une troisième, où la prédominance appartient aux *images tactiles* des objets ou des mots (C), *moteurs tactiles.*

Et de même que l'on comprend tout naturellement que le groupe B se rencontre surtout chez les sourds-muets, *visuels moteurs gesticulateurs,* le groupe C se rapportera surtout aux aveugles, *auditifs moteurs tactiles.*

Rien ne peut montrer un type plus net et plus complet de cette forme que pour abréger je nommerai *tactile*, à l'état physiologique, que la célèbre observation désormais classique de Laura Bridgemann dans la seconde partie de son éducation.

Je sais que le tact ne peut s'exercer sans la participation du mouvement, aussi n'ai-je fait des tactiles qn'une sous-classe des moteurs; mais il est incontestable qu'un grand nombre d'images ne laissent leurs empreintes dans le cerveau que par le tact, et que ces images ont leur nom, leurs mots, leur langage réel et figuré, qui par conséquent pourrait disparaître ou persister plus ou moins isolément, et constituer une variété particulière d'aphasie, et que ce signe, positif ou négatif, doit avoir une importance pour le diagnostic et le pro-

nostic en limitant mieux encore l'étendue ou le siège de la lésion.

Sans pouvoir encore préciser ce qu'on en peut attendre pour les localisations; je crois devoir ajouter, dès maintenant, qu'aux tactiles devront souvent être annexés des *gustatifs*, le goût étant lui-même mouvement et tact, fournissant ses images et ses mots au langage intérieur parlé. Telles sont les considérations qui m'ont paru donner de l'intérêt à l'observation qui va suivre, peut-être en faire pardonner les longs détails.

Observation. — L. S..., 53 ans, est, depuis sa jeunesse, employée dans un pensionnat de jeunes filles comme aide de travail manuel et servante du réfectoire. Elle est intelligente, d'un caractère gai, très adroite et très active. Sa ménopause date de trois ans; sans avoir été marquée par des affections spéciales, elle lui a laissé une grande pâleur et une fatigue facile; ses artères sont un peu athéromateuses, les battements du cœur assez rapides, 84, sans lésion d'orifice appréciable autrement que par un souffle doux au premier temps et à la pointe du cœur.

Au mois de janvier 1887, elle a été prise de céphalée persistante, et bientôt après d'une amblyopie prononcée surtout à l'œil gauche; la malade pouvait se conduire, mais la lecture et la couture étaient impossibles. L'ophtalmoscope n'a montré que de l'anémie du fond de l'œil avec pâleur de la papille et un peu d'inégalité dans les contours.

Les toniques, les révulsifs, dirigés surtout contre la névralgie, ont paru agir sur la vue, et la malade pouvait ranger des objets d'un petit volume et déchiffrer les caractères d'un centimètre de hauteur environ; lorsqu'elle fut frappée, le 15 mars, d'une hémiplégie droite classique, avec perte de connaissance très passagère, paralysie flasque du bras, moins complète dans la jambe, et déviation de la bouche. Un peu améliorée, dès le lendemain, je la trouve franchement hémiplégique droite, sans anesthésie, parlant sans aucune glossoplégie appréciable, mais elle a de nouveau perdu la vue. En disant qu'elle parle, je puis ajouter : distinctement pour le commencement de ses phrases, et constater qu'il n'y a aucun trouble dans l'articulation.

Mais si nous abordons le côté psychique du langage, la malade est franchement aphasique. Elle parle spontanément, elle est même loquace, mais la phrase se compose uniquement de quelques mots marquant l'impatience, suivis d'une longue

queue de syllabes incohérentes, nettement articulées, mais ne formant aucun mot. La transition entre les mots complets constituant la phrase et les autres, se fait graduellement par l'addition d'un suffixe à une ou deux syllabes des derniers mots. Ex. : *Laissez-moi, je vure murure*, etc., puis une longue suite de syllabes avec désinence « ure ». En procédant par interrogations, je constate :

1° La cécité cérébrale due à l'amblyopie; 2° la cécité verbale; 3° la surdité verbale.

Je citerai textuellement un des interrogatoires, celui du 17, troisième jour de la maladie, parce qu'il montre ces faits et m'a mis sur la voie de la portion des images sensitives les plus conservées.

D. — Me voyez-vous?
R. — Non. Je ne sais pas; je ne peux pas.
D. — Voyez-vous votre sœur qui est près de vous?
R. — Non. Je ne sais pas; je ne peux pas.
D. — Voyez-vous Mme la supérieure qui est bien éclairée au pied de votre lit?
R. — Non. Je ne vois pas; je ne peux pas.
D. — Me connaissez-vous bien?
R. — Oui, mais je ne sais pas.
D. — Si vous me connaissez, dites mon nom.
R. — Oui, monsieur F.
D. — Vous le reconnaissez bien?
R. — Oui, je le connais, monsieur F.
D. — Quel est votre nom à vous?
R. — Je ne sais pas, je ne peux pas.
D. — Vous nommez-vous sœur L...
R. — Non. Je ne sais pas.
D. — Quel est le nom de votre sœur, qui est près de vous, et qui vous parle.
R. — Non. Je ne sais pas.
D. — Mme la supérieure vous parle, vous appelle par votre nom de sœur.
R. — Non. (Puis, sur insistance redite de son nom, elle essaie d'en répéter les premières syllabes, *Léo*, s'arrête et dit) : Je ne peux pas.
D. — Votre sœur vous appelle par votre nom de famille, L. S.?
R. — (Elle répète *Léo*, première partie de son nom de religieuse, et ajoute) : Je ne vois pas, je ne peux pas.

Or, j'avais remarqué que, lorsqu'elle m'avait reconnu et clairement nommé, moi pourtant moins familier que les deux autres personnes présentes, *je lui tenais la main en tâtant le*

*pouls* comme je l'avais fait maintes fois depuis quelques semaines ! Je recommence donc l'épreuve sans la toucher.

D. — Me connaissez-vous?

R. — Oui, madame, oui, je ne peux pas.

Je prends sa main, j'appuie sur la radiale.

D. — Dites mon nom, vous me connaissez?

R. — Oui. Monsieur F.

Le réveil du souvenir par le tact me paraît évident, je continue l'épreuve.

D. — Voulez-vous du bouillon?

R. — Non. Je ne veux pas.

D. — Voulez-vous de la chartreuse, que vous avez bu avec plaisir hier?

R. — Je ne sais pas, je ne peux pas.

Ces réponses négatives sont accentuées par un geste d'impatience et un mouvement de recul ou de rejet en arrière qui entraîne la malade au côté droit du lit; et sa garde-malade nous dit que depuis deux jours elle refuse tout et ne veut rien prendre. Alors, je place une tasse de bouillon chaud dans sa main gauche, et je lui dis. Buvez.

R. — Je veux bien. Elle serre la tasse, dont je soutiens l'anse; à l'approche des lèvres elle dit :

R. — Donnez, lâchez, et elle boit.

D. — Que tenez-vous à la main?

R. — Une tasse.

D. — Que buvez-vous?

R. — Du bouillon.

D. — Est-il chaud?

R. — Oui, chaud.

D. — Est-il bon?

R. — Oui, bon.

Ici, les appels gustatifs s'ajoutent aux appels tactiles, en voici encore quelques exemples. Le goût de vin de Malaga fait dire : *Bon lala*. Celui de la chartreuse, mêlée d'eau : *Bon sucre*. Les mets sapides rappellent les mots : *Manger, faim, bien manger, encore manger*.

Autre épreuve tactile.

D. — Où êtes-vous?

R. — Je ne peux pas, je ne sais pas.

D. — Êtes-vous chez vous, au pensionnat, au dortoir?

R. — Je vous dis, je ne peux pas, non.

Je prends les mains, je fais toucher l'oreiller, la couverture, les draps.

D. — Où êtes-vous? Êtes-vous au lit?

R. — Oui, mais oui au lit.

D. — Êtes-vous dans votre lit?

R. — Oui, dans mon lit, mon lit....

Parmi de nombreux essais ayant amené les jours suivants le même résultat, j'en choisis quelques-uns plus caractéristiques. Exemple : La malade a près d'elle une petite sonnette d'appel qu'elle manœuvre par un gros cordon de laine, passé dans le manche métallique, trop court pour être saisi. On agite la sonnette à son oreille.

D. — Qu'est-ce que cela?

R. — Je ne sais pas.

Malgré des instances réitérées, toujours même réponse. On lui met en main, elle touche et la sonnette et le cordon, et après quelque hésitation.

R. — Un cordon, c'est un cordon.

D. — Qu'y a-t-il au bout du cordon?

Hésitation.

D. — Que tenez-vous à la main, après le cordon?

R. — Un cordon, je vous dis, un cordon.

Puis, après des signes d'impatience et un tact répété nombre de fois.

R. — Cordon de sonnette.

Et c'est désormais sous cette forme inséparable que le nom va revenir, dix fois elle redira : *Cordon de sonnette*, pas une fois *sonnette* isolément, c'est le contact le plus familier, celui du cordon que réveille l'idée d'ensemble.

L'écholalie déjà apparue le 18, surtout quand la malade est fatiguée, s'accuse davantage. Ainsi, après avoir fait reconnaître et nommer un livre, une clef, un anneau, un crayon, etc., si on reprend en ordre inverse, les noms sont brouillés ou intervertis, souvent le dernier mot prononcé revient improprement à propos d'un autre objet, mais entraîne parfois le geste d'impatience. Exemple : Après la sonnette, je lui prends la main pour lui faire toucher un autre objet. Aussitôt elle me dit.

R. — Bonjour, monsieur, cordon de sonnette!

Le 19, on lui a mis un chapelet autour du cou, après quelques réponses vagues et incohérentes.

D. — Qu'avez-vous autour du cou?

R. — Je ne sais pas, je ne vois pas.

Je lui fais toucher la chaîne, égrener les perles.

R. — Mon chapelet.

D. — Que tenez-vous dans la main?

R. — Mon chapelet, pardi, mon chapelet, madame.

Je lui touche la main.

R. — Mon chapelet, monsieur.

Pour juger des progrès de sa cécité cérébrale, je lui présente des caractères gras de trois centimètres de hauteur.

D. — Pouvez-vous lire cela?

R. — Non. Je ne vois pas, je ne vous vois pas.
D. — Voyez-vous des lettres sur le papier que vous tenez?
R. — Je vois des lettres, des lettres.
D. — Quelles lettres voyez-vous?
R. — Des lettres E, E, H.
Aucune de ces lettres n'existe sur le mot (journal).
Je présente alors les lettres nommées E, E, H.
D. — Quelles lettres voyez-vous?
R. — Je vois des lettres, lettres R, oui R, des lettres.
Même réponse en présence d'un papier blanc.
Mais l'écholalie s'accentue et l'image des lettres va se mêler à une image tactile.

Je place son Christ dans sa main; ce Christ, en bois et cuivre, de dix à douze centimètres de long, est d'ordinaire suspendu librement sur la poitrine par un cordon, mais souvent tenu, *manié,* pendant la conversation ou la marche; c'est un contact familier.

D. — Que tenez-vous à la main?
R. — Des lettres, je vois des lettres.
D. — Non pas ce que vous voyez, ce que vous touchez?
R. — Je vois des lettres, tenez des lettres, C H R I, Chris, c'est mon Christ.

Puis elle recommence à toucher avec attention et épelle C H R I I S, Christ, c'est mon Christ.

Cette lecture mentale par le toucher, m'a paru assez curieuse pour être citée en détail; ainsi, chez une aphasique atteinte de cécité verbale et cérébrale, et de surdité verbale, l'image tactile a pu réveiller non seulement : A, l'idée de l'objet; B, le nom de l'objet; mais encore C, *l'image écrite* de l'objet. Le tact a suppléé l'alexie. Il est vrai qu'il y a eu une suite de préparation par l'écholalie; mais celle-ci seule donnait des lettres fausses et incohérentes, et, par le toucher, l'épellation et l'assemblage sont devenus justes et conduisent à la dénomination scripturale de l'objet touché.

J'ai choisi ces exemples parmi les nombreuses épreuves auxquelles j'ai soumis cette intéressante malade, qui, malgré les impatiences habituelles aux aphasiques, s'est prêtée à toutes mes recherches, tantôt avec brusquerie, tantôt avec cette gaîté puérile des cérébropathes.

Je ne quitterai pas cette lecture littérale sur l'objet touché, sans avouer qu'elle m'a singulièrement aidé à comprendre l'éducation presque merveilleuse de Laura Bridgemann.

Après ces trop longs détails, je puis résumer brièvement la fin de l'observation : à partir du 10[e] jour l'amé-

lioration a été rapide, le mouvement revenu dans la jambe permet le retour progressif de la marche, la force de l'avant-bras reparaît, et après un mois la main gauche donnant 55° au dynamomètre, la droite produit 36°, 38. En mai, il y a encore moins de différence, la bouche n'est plus deviée que pendant les mouvements des lèvres et très faiblement ; la malade travaille, et sa vue est bien meilleure qu'entre les deux attaques, elle ne peut coudre, mais elle lit couramment des caractères d'un millimètre à un millimètre et demi. Souvent encore elle hésite sur un mot, dit un mot pour un autre, mais il faut l'*observer* pour reconnaître l'aphasie, cependant ce qui reste a pris le caractère spécial de l'amnésie sénile. Exemple : elle se trompe souvent sur un nom de sœur, sur un nom d'élève, mais c'est en lui donnant un nom de sœurs ou d'élèves qu'elles a connues il y a quelques années au moins, et que lui rappelle l'extérieur de la personne mal nommée. Enfin, la facilité puérile au rire et aux larmes, au rire surtout, démontre que la déchéance cérébrale persiste et menace de s'accentuer sous la forme de ramollissement.

Tout dans les symptômes et la marche de cette maladie semble justifier le diagnostic de lésion corticale et la localisation dans l'aire de la sylvienne. Toutefois la rapidité dans le retour des fonctions motrices, l'amblyopie passagère, pourraient peut-être égarer sur la voie des paralysies hystériques, si en faveur aujourd'hui ; mais nous devons observer que non seulement L... n'a jamais eu, ni avant ni après son hémiplégie, aucune manifestation hystérique, mais que pendant la maladie il n'y a eu trace d'anesthésie nulle part, que la disparition des principaux symptômes, pour avoir été assez précoce, n'a été ni instantanée ni totale, mais graduelle, et laissant après] elle des traces de lésions encéphaliques qui n'appartiennent qu'aux aphasies organiques, et par

leur marche et leur résidu ne sont pas compatibles avec une simple névrose.

### *Conclusions.*

Les signes du langage intérieur qui ont pour origine les sensations *tactiles*, *gustatives*, *olfactives*, peuvent persister quand la cécité et la surdité verbale ont aboli les sources principales de ce langage. L'absence ou la persistance des images tactiles, gustatives, olfactives, doit être recherchée, chez les aphasiques, non seulement pour déterminer la formule personnelle de chaque cas, mais aussi pour établir la classification qui leur est applicable.

L'obtusion du tact, du goût, de l'odorat ou sa conservation plus ou moins isolée, autorise à créer au moins une sous-classe parmi les *moteurs*, et parallèlement une sous-classe d'aphasiques que nous nommons pour abréger *aph. tactiles*. Lorsque les observations plus nombreuses pourront être complétées par des nécropsies, le siège de la lésion pourra être localisé, et l'analyse tendrait à multiplier encore les centres anatomiques dans les aphasies complexes.

Enfin, la conservation des images, tactiles, etc., peut être considérée comme un signe favorable au point de vue du pronostic, ou tout ou moins comme un moyen important de rééducation, après la perte des autres éléments du langage.

---

# DES DÉLIRES MULTIPLES

## ET DES INTOXICATIONS D'ORIGINE DIFFÉRENTE

## CHEZ LE MÊME INDIVIDU

**Par G. PICHON**

Chef de clinique de la Faculté, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne

*Mémoire couronné par la Société médico-psychologique* (Prix Esquirol)

---

## IIe PARTIE

### ÉTUDES CLINIQUES.

---

### DES DÉLIRES MULTIPLES CHEZ LE MÊME INDIVIDU (1)

---

#### PRÉLIMINAIRES

Nous venons, dans une première partie de notre mémoire, de passer en revue l'historique et les considérations critiques qu'il importait de développer au sujet de la question des délires multiples. N'ayant en vue absolument que la vérité des faits et un examen attentif des auteurs, nous avons laissé de côté toutes les questions de doctrine et d'école, questions qui auraient pu nous faire oublier les droits et les devoirs d'une saine critique; nous avons passé en revue les travaux anciens, nous avons insisté sur les travaux contemporains qui ont surtout mis en lumière ce sujet encore discuté; nous avons parlé de Morel, de Lasègue, de Magnan, etc., en insistant sur la part qui revient à chacun dans cette étude;

(1) Pour la première partie, voy. *Encéphale*, 1887, nº de mai et juin.

nous avons tenu expressément à bien mettre en relief les travaux de Lasègue, et à prouver dans cet historique l'importance du rôle qui revient à ce grand aliéniste; nous avons tenu à montrer que, dans cette question des délires multiples si controversée et cependant d'une importance pratique si considérable, le nom de Lasègue, pour cette question, comme pour tant d'autres qui touchent à la médecine aliéniste, doit dominer tous les autres. Nous n'avons pas, en effet, à revenir sur ses travaux concernant la coexistence de l'alcoolisme et du délire de persécution, de l'alcoolisme et de la paralysie générale, etc. Nous avons suffisamment insisté sur cette question de priorité.

Après ces considérations critiques il nous reste à examiner le côté purement clinique de la question; nous demandons, à ce propos, la permission d'entrer dans le cœur du sujet, et, en nous appuyant sur des observations, de développer un point de pathologie mentale dont l'importance pratique ne saurait échapper à personne. C'est pourquoi nous allons aborder l'étude des *délires multiples*, réservant à dessein l'étude des *délires toxiques multiples*, dont nous nous occuperons dans la troisième partie du présent mémoire.

Tout d'abord doit-on dire qu'il y a *délire multiple* toutes les fois que chez le même aliéné on trouve réunis plusieurs éléments délirants? Evidemment non, et à ce point de vue la dénomination de *coexistence de plusieurs délires* est peut-être plus en rapport avec la réalité clinique, lorsqu'il s'agit de décrire l'existence simultanée de plusieurs modalités délirantes évoluant chez un même malade, sans se confondre, sans se combiner.

En effet, un premier point important à établir, c'est que de l'étude des délires multiples on doit exclure tous

les cas où les éléments délirants sont tellement mêlés entre eux qu'ils font partie d'une seule et même entité clinique. Et c'est là un point de doctrine capital que nous tenons à bien préciser avant d'aborder la discussion des faits, si nous voulons éviter une confusion regrettable, dans laquelle sont tombés plusieurs auteurs ; c'est ainsi qu'on ne peut comprendre sous le nom de délires multiples les différentes formes sous lesquelles se présente le délire, chez les dégénérés, car ces délires variés à l'infini ne sont pour ainsi dire que les rameaux divers d'un seul et même arbre, ne sont que les symptômes d'un seul et même état à manifestations variées qu'on appelle la dégénérescence mentale.

C'est également dans cet ordre d'idées que les alternatives d'excitation et de dépression chez un paralytique général ne peuvent être considérées comme présentant deux modalités psychiques différentes. Elles font partie intégrantes de l'état mental, dans la périencéphalite diffuse, et ne sauraient être considérées comme deux états différents réunis chez le même individu. On ne confondra pas davantage les idées délirantes si variées du paralytique ; et il ne viendra pas à l'idée d'un clinicien de réunir sous le vocable de délire multiple les idées de grandeur, de mélancolie, d'hypocondrie, de persécution, etc., que l'on voit si souvent alterner chez lui.

C'est ainsi qu'on ne saurait non plus appeler coexistence de deux délires, délire multiple, les deux états délirants qui arrivent à une certaine période à se confondre dans la vie du persécuté (type Lasègue) : nous voulons parler du moment où le persécuté, arrivé à une période avancée de sa maladie, mêle pendant quelque temps à ses idées de persécution un délire ambitieux qu'on ne doit nullement regarder comme un élément psychopathique surajouté. Nous faisons allusion ici à cette période

de transition si remarquable où le persécuté roule dans un cercle vicieux que Morel (1) et Foville ont surtout bien mis en lumière, et d'où doit sortir une troisième modalité délirante, non constante du reste : la mégalomanie : « Si tant d'ennemis se liguent pour ma perte, c'est qu'ils ont intérêt à se débarrasser de moi, c'est que je suis un grand personnage; je suis un grand personnage, un prince du sang, voilà pourquoi j'ai des ennemis. » Tel est le raisonnement qui conduit fatalement le persécuté au délire ambitieux. Ce délire ambitieux fait donc ici tellement partie du délire de persécution primitif que, même à cette étape, on doit encore le désigner sous le nom de délire de persécution. C'est tout au plus si on ajoutera en pareil cas une épithète, et si on emploiera le mot de persécuté mégalomane, de persécuté ambitieux; et il ne sera pas nécessaire pour cela de créer un nouveau mot, tout le monde s'entendant sur la compréhension, sur la signification de l'expression délire de persécution (2).

En un mot, dans l'espèce, le délire ambitieux sera non un élément coexistant, mais un élément combiné au délire de persécution. Il y aura alors combinaison et non coexistence de deux délires; et la résultante de cette

(1) Au moment où, dans la discussion à la Société médico-psychologique sur le délire chronique (délire des persécutions de Lasègue), tous les débats roulent au fond sur une question de priorité, il n'est peut-être pas sans intérêt de faire remarquer que Morel, dès 1862, avait signalé cette transformation syllogistique du délire des persécutions — *in* traité de médecine mentale, 1862. — Il y consacre quatre pages. Suivant immédiatement Lasègue, le créateur de la maladie, qui, dans ses rapports, avait lui-même dès l'origine entrevu le fait, Morel précède ici Foville 1869), Legrand du Saulle (1872), J. Falret (1877), Garnier (1877) et Gérente (1882), qui résume l'opinion de son maître M. Magnan. Sur cette question de priorité, l'étude des faits ne saurait laisser subsister aucun doute.

(2) S'il fallait changer cette dénomination consacrée par l'usage, ce serait pour donner au délire de persécution, comme le propose si judicieusement dans ses leçons M. le professeur Ball, le nom de son créateur, et l'appeller *Maladie de Lasègue.*

combinaison sera la présence non de deux états morbides évoluant séparément, mais d'un état hybride à marche *progressive*, bien connu depuis les travaux de Lasègue, Morel, Foville, Falret, Magnan, etc. Dans aucun de ces cas, il n'est permis de dire qu'il y a délire multiple, qu'il y a coexistence de plusieurs délires chez un même individu.

Je pourrais encore citer bien des exemples de ces états hybrides offrant l'image de délire combiné, mais je m'arrête dans cette énumération qui me mènerait trop loin.

Nous avons cru bon d'entrer dans ces détails préliminaires, parce quelques auteurs ont nié l'existence de ces délires multiples. Or, ces délires intéressants doivent être absolument admis, non seulement parce que, comme on l'a écrit, ils sont une réalité clinique, mais parce que leur connaissance est de la plus haute importance au point de vue pratique et médico-légal, comme nous le verrons dans la suite.

Le principal argument des adversaires des délires multiples, consiste précisément à déclarer qu'en pareil cas il y a combinaison et non coexistence, et qu'on assiste alors non à l'évolution simultanée et côte à côte de deux délires chez le même individu, mais simplement à un état plus complexe, plus touffu, et c'est tout.

Ils puisent alors leurs arguments dans des considérations basées sur des faits de médecine générale : Il y a, vous disent par exemple ces adversaires en question, comme nous l'avons entendu soutenir, une maladie maintenant bien connue en médecine ordinaire, c'est l'artériosclérose. Or, a un moment donné, on voit dans le cours de l'artérite généralisée. toutes les fonctions, tous les organes se prendre les uns après les autres : le cœur, puis

le foie, puis les reins, le cerveau même et tout le système artériel enfin, sont successivement pris. Eh bien! nous dit-on alors, arriverait-il jamais dans l'état actuel de nos connaissances, au médecin, de porter les diagnostics successifs d'affection cardiaque, d'affection hépatique, rénale et cérébrale, et de déclarer que tous ces différents troubles fonctionnels sont des maladies distinctes, séparées chez un malade de ce genre? Nullement, ajoutent-ils, tous les cliniciens ne voient là que des manifestations successives d'une même maladie, intéressant en même temps tout le système artériel, et atteignant fatalement tous les organes précités. Et l'on devra voir, dans tous ces éléments morbides, non la présence de maladies coexistantes, mais les effets d'une même cause : l'artérite généralisée; en un mot, on regarde toutes ces lésions comme une seule entité clinique : l'artério-sclérose. Ces considérations, conclut-on alors, doivent également s'appliquer aux délires multiples. Voilà l'argument favori qu'on apporte pour nier l'existence des délires en question.

Certes, il y a là, je ne le cacherai pas, un argument sérieux en faveur des adversaires des délires multiples. Et cependant il n'est pas irréfutable, et nous trouvons dans la marche de ces délires, dans leur évolution, une preuve qu'ils ont acquis droit de cité dans la science; mais c'est surtout la thérapeutique qui nous montre bien qu'en pareil cas, on trouve chez un aliéné, non un délire formé par la combinaison d'éléments divers, mais plusieurs délires coexistants, évoluant indistinctement et ayant chacun son existence propre. C'est surtout la thérapeutique qui se charge ici de répondre victorieusement et qui prouve qu'on a devant soi non une combinaison, mais une véritable coexistence; la thérapeutique est en effet, ici, une véritable pierre de touche, un véritable criterium.

Dans l'exemple d'artério-sclérose que nous prenions tout à l'heure, avec complication prédominante d'hydropisie et de troubles cardiaques, on donne de la digitale ou un autre agent du même ordre : non seulement les fonctions cardiaques, mais les fonctions hépatiques et rénales subiront une amélioration. En d'autres termes, l'agent qui produira une amélioration ou une aggravation dans l'une des fonctions lésées, aura également une action sur toutes les autres fonctions malades, parce que précisément *l'artério-sclérose est une maladie générale*, constituée par la *combinaison* des différents éléments morbides et non par leur *existence indépendante*, c'est-à-dire par la coexistence de ces mêmes éléments.

Toute autre est la manière de se comporter des délires multiples. Sommes-nous, en effet, en présence d'un aliéné placé sous le coup du délire alcoolique et du délire des persécutions, vous interrogez le malade. Sous l'influence de la séquestration, les hallucinations terrifiantes et professionnelles, caractéristiques de l'alcoolisme, disparaîtront *certainement ;* les hallucinations de l'ouïe, avec les idées de persécutions systématisées, caractéristiques du délire de Lasègue, continueront, au contraire, à évoluer aussi tenaces, du moins pendant quelque temps qu'avant l'internement.

Supposons maintenant le cas, qui se présente journellement dans les asiles d'aliénés, d'un paralytique général alcoolique. Le paralytique au début, dans cette période de dynamie fonctionnelle si bien décrite par Regis, se met souvent en effet, à boire, quand bien même jusqu'alors il n'aurait eu aucune habitude éthylique, et présente souvent à ce moment du délire alcoolique qui est alors un effet et non une cause. Eh bien ! les crises nocturnes de l'alcoolisme disparaîtront, mais le délire expansif, le délire des grandeurs, caractéristique de la

folie paralytique, ne disparaîtra jamais, on ne le sait malheureusement que trop; ou du moins il disparaîtra pour faire place à l'abolition complète de toute l'activité cérébrale, disparition qui sera le terme final.

Ce sera encore, si l'on veut, pour en finir, un délire multiple éclatant chez un épileptique. Ce dernier cas prouvera surabondamment la différence qu'il y a entre une coexistence de plusieurs délires chez un même sujet, et une affection générale, hybride, à manifestations délirantes variées. Cet épileptique, outre son état mental bien particulier et ses attaques, aura des accès d'agitation maniaque, caractérisés par leur extrême violence et surtout par leur *inconscience*. Il se met à boire, il aura alors les crises nocturnes et les hallucinations terrifiantes et professionnelles de l'*alcoolique*. Il aura du délire épileptique et du délire alcoolique. Mais ce n'est pas tout, à l'âge de 35 à 40 ans, par le fait d'un héritage paternel ou maternel, éclatera soudain chez lui, ce délire si particulier, à allures, à évolution nettes, le *délire des persécutions*, qui se manifestera par des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécutions systématisées. Notre malade deviendra alors *épileptique, alcoolique et persécuté*. Or, ces trois délires auront une existence si distincte, une évolution si particulière pour chacun d'eux, qu'ils marcheront indépendants, de telle sorte que l'analyse clinique attentive saura toujours faire la part chez cet aliéné, dans la symptomatologie, de ce qui appartient à l'épilepsie, à l'alcoolisme, et au délire des persécutions. Mais cette triple coexistence non seulement sera affirmée par la marche, par l'évolution, mais, comme nous le disions plus haut, la thérapeutique sera encore ici la pierre de touche et sera la preuve qu'on ne peut songer un instant, dans le cas de ce genre, à un état mixte, à une combinaison, à un hybride.

En effet, on commence par interner cet aliéné ainsi

placé sous le coup de ce triple délire. Sous l'influence de la séquestration, les crises nocturnes et les hallucinations terrifiantes de la vue disparaîtront ; ce malade *ne sera plus alcoolique.* Vous le tenez pendant quelques jours sous l'influence de la bromuration ; les attaques et les impulsions violentes et inconscientes disparaîtront peu à peu ; il *ne sera plus sous le coup du mal comitial.* Mais les hallucinations de l'ouïe et les idées de persécutions, de la terrible vésanie ne guériront malheureusement pas, ni sous l'influence du bromure ni sous l'influence de la séquestration. Les murs de l'asile le calmeront peut-être, mais ne le guériront certainement pas de *son délire des persécutions*, et on peut prédire, avec la grande majorité des aliénistes, qu'il mourra persécuté après avoir parcouru les différentes phases de son délire, mais sans plus laisser de trace de ses deux états anciens.

Nous n'avons pas besoin d'insister davantage. Il est facile de voir que non seulement, par l'intervention, on affirme l'existence, la raison d'être des délires multiples, mais que de plus, par le mode d'intervention employée, on arrive à faire le diagnostic des délires des différents états coexistants. Nous verrons tout à l'heure que chez un de nos malades, nous avons pu de cette façon découvrir l'existence simultanée du délire des persécutions, de l'épilepsie et de l'alcoolisme. Ajoutons que cet aliéné, dont le tableau héréditaire était extrêmement chargé, présentait de plus au grand complet l'état mental, l'état délirant et les signes de la dégénérescence mentale. Nous avons donc là un quadruple délire, et il ne nous a pas fallu moins de six mois d'examen journalier pour arriver à débrouiller ce chaos. Nous croyons y être arrivé précisément, non seulement en fouillant les renseignements héréditaires et en étudiant la marche et l'évolution des symptômes, l'histoire du malade, mais

aussi en nous appuyant sur l'intervention thérapeutique et sur ses résultats.

Les délires multiples existent donc bien réellement, et nous affirmons leur existence en invoquant non seulement la marche et l'évolution différentes des délires, les effets de l'intervention médicale, mais aussi en invoquant les *renseignements fournis par l'hérédité*. Souvent, en effet, on trouvera dans les ascendants l'origine de tous les délires multiples découverts chez le produit. L'explosion d'atavisme, qu'on me pardonne cette expression un peu risquée, mais qui rend bien la pensée, ne se manifeste pas alors par une résultante unique et par un délire unique, comme cela arrive le plus souvent, mais par des délires multiples qui conserveront chez le descendant l'individualité originelle qu'ils avaient chez les parents. L'accumulation d'hérédité ne donnera pas naissance, par exemple, à ce vaste complexus morbide, maintenant mieux délimité, qui porte le nom d'état de dégénérescence mentale héréditaire et qui, logiquement, du moins dans l'ordre régulier des choses, devrait être la résultante forcée chez un produit d'une hérédité trop chargée.

En effet, de par définition même, l'*imprégnation héréditaire* chez un aliéné, les vésanies paternelle et maternelle, en un mot, devraient se résoudre chez le descendant, par la folie héréditaire. On devrait, en résumé, trouver dans le produit un héréditaire (Morel), un héréditaire dégénéré (Falret, Magnan). Un héritage si lourd devrait créer des déséquilibrés, des originaux, des anormaux, des dégénérés supérieurs, des débiles, des dégénérés inférieurs; c'est du moins une loi de pathologie mentale. Avouons-le en toute sincérité, ce second argument a une grande valeur. Nous dirons même que dans l'état actuel de nos connaissances, il est irréfutable de par sa valeur syllogistique. Pourquoi, en effet,

dans les cas d'imprégnation héréditaire, n'a-t-on pas affaire à une dégénérescence mentale, état hybride en qui se résumeraient les états psychopathiques des ascendants d'après les lois formulées par Moreau de Tours (1), par Lucas (2), par Morel (3), J. Falret, Magnan, Feré (4), Dejérine (5), etc.? Pourquoi, dans le cas d'imprégnation héréditaire, a-t-on quelquefois dans l'espèce, chez le descendant, non un héréditaire, non un dégénéré, mais un produit chez qui l'influence des producteurs se fera sentir séparément, et chez qui l'influence héréditaire donnera lieu, par exemple, à une coexistence chez le même aliéné, d'un délire épileptique de par l'épilepsie du père, d'un délire de persécution de par la vésanie de la mère?

Ne craignons pas de le dire, il y a là un problème que l'avenir éclairera peut-être, mais qui, à l'heure actuelle, est insoluble. Et l'on est alors forcé, comme nous l'avons dit plus haut, de se retrancher derrière l'observation clinique vraie, sincère, pour affirmer quand même la pathogénie et l'existence de ces délires multiples.

Quoi qu'il en soit, l'existence de délires multiples chez le même individu doit prendre place dans les cadres nosologiques, puisque la clinique, et cela suffit, en donne des exemples probants.

Après ces considérations préliminaires que nous avons jugées nécessaires pour l'intelligence des faits qui vont suivre, nous allons, sans plus tarder, aborder l'étude des délires multiples en invoquant précisément

(1) Moreau de Tours. Psychologie morbide.

(2) Lucas. Traité de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux. Paris, 1847-1850.

(3) B. A. Morel. Traité des dégénérescences. 1859.

(4) Féré. La Famille nevropathique. *Archiv. de neurologie*. 1883.

(5) Déjerine. Hérédité dans les maladies nerveuses. Thèse d'agrégation. 1886.

à l'appui, des faits cliniques, qu'il nous a été donné d'observer.

Nous ne passerons pas en revue, bien entendu, tous les faits de délires multiples qu'il nous a été donné de recueillir. Cette étude a été faite par d'autres plus autorisés que nous. — Nous avons surtout l'intention d'insister particulièrement, et cela dans une troisième et dernière partie de notre mémoire, sur la *coexistence de plusieurs intoxications* chez le même individu ; car, en dehors de la coexistence de l'alcolisme et de l'absinthisme, qui ont été étudiés par Dericq (1), il reste tous ces appétits bizarres, toutes ces passions, qui depuis une dizaine d'années ont pris tant d'extension qu'elles menacent de nous déborder. Nous voulons parler, outre l'absinthisme, du morphinisme et de ses différentes formes, de l'éthéromanie, du chloralisme, de la cocaïnomanie, etc. Ce sont de ces différentes intoxications que nous parlerons surtout ; nous verrons qu'elles coexistent souvent chez le même individu, et nous dirons quelles sont les causes générales et particulières qui président alors, selon nous, à cette association de passions si bizarres et si terribles quelquefois. Nous préférons diviser ainsi notre travail, et, en les rejetant plus loin, étudier longuement et séparément les *délires toxiques multiples,* que nous considérons comme le point important et le seul quelque peu original de notre mémoire.

Nous aborderons cette étude des *délires toxiques multiples*, des intoxications d'origine différente chez le même individu, dans un prochain numéro. Mais, avant d'aborder ce point capital de notre étude, nous demandons la permission, à propos de quelques cas que nous possédons, d'entrer dans quelques courtes considérations

(1) Dericq. *Loc. cit.*

au sujet des délires multiples déjà étudiés ; nous serons bref, nous nous étendrons surtout ici sur les délires compliqués, et dans lesquels trois ou quatre éléments délirants évoluent chez le même individu, sans se mêler, sans se combattre, sans réagir l'un sur l'autre, sans présenter d'antagonisme l'un pour l'autre.

Nous venons de prononcer le mot antagonisme. Nous nous contenterons de le signaler ici pour y revenir plus tard, car la question de l'antagonisme est inséparable de la question des coexistences. Et c'est là un point de doctrine que nous ne faisons qu'ajourner, pour pouvoir en parler plus à loisir dans une autre partie de notre mémoire.

## I. — *De la paralysie générale dans ses rapports avec les délires multiples.*

1. — Je dirai peu de chose des délires multiples dans lesquels la *paralysie générale* forme le principal délire. La *coexistence* de la *folie paralytique avec le délire alcoolique* est, on le sait, très fréquente. Je ne parle pas, bien entendu, de ces cas dans lesquels l'alcoolisme a pu être la cause efficiente de l'encéphalite, ce qui a été quelquefois noté, entre autres par M. Magnan (1). Je fais seulement allusion aux cas dans lesquels le délire éthylique est venu se surajouter au délire expansif de la périencéphalite.

Or, ces cas se présentent, on le sait, tous les jours en clinique, et j'ai déjà fait remarquer qu'il y a, pour ainsi dire, dans cette association, de la paralysie générale et de l'éthylisme, une relation très étroite. Le paralytique général au début est sous le coup d'une hyperactivité

(1) Lolliot. Thèse de Paris.

cérébrale qui le pousse à tous les excès (1). « Il s'imagine alors à multiplier ses fatigues, en entretenant une excitation artificielle. » C'est ainsi qu'on verra des hommes extrêmement recommandables présenter tout d'un coup des habitudes d'ivrognerie et jeter la désolation dans une famille qui ne voit pas là le premier effet de la maladie. Beaucoup de parents disent même au médecin, dans les cas de ce genre, que la cause de tout le mal est un changement dans la conduite, ne voyant pas que dans l'espèce les excès alcooliques sont un effet et non une cause.

Au début, cette *dynamie fonctionnelle* à elle seule fait souvent diagnostiquer par un esprit attentif la terrible maladie redoutée, ou du moins légitime la plus grande réserve sur le pronostic. Cette dynamie fonctionnelle, qui poussera certain paralytique de la première période, alors qu'aucun signe physique n'est encore apparent, à entreprendre des spéculations hasardeuses tout à fait en opposition avec le caractère ordinaire de l'individu, à faire des dépenses folles, alors même qu'il est avare, le poussera toujours, dans le même ordre d'idées précisément, à rechercher les boissons alcooliques.

Lasègue, le premier, en 1868 (2), a bien montré la cause de cette association, surtout dans le milieu où il observait, l'Infirmerie spéciale. « Vaniteux et prodigues, les paralytiques de la classe ouvrière des grandes villes n'ont guère d'autres tendances à affirmer leur générosité qu'en invitant des indifférents ou des inconnus à des libations dont ils font les frais, et pour lesquelles il recrutent sans difficultés des compagnons. » Les effets d'une pareille manière de faire ne se font pas longtemps atten-

(1) Cet état est admirablement décrit par Régis sous le nom heureux de *dynamie fonctionnelle,* dans un Mémoire souvent cité, et qu'on relit toujours avec plaisir, tant il est conforme à l'observation clinique. *V. Ann. méd. psych.* 1879.

(2) Lasègue. *Loc. cit.*

dre, et les symptômes de l'alcoolisme se joignent bientôt aux symptômes de la maladie primitive.

En pareil cas, il est vrai, comme le dit Lasègue qu' « il est difficile de reconnaître la part qui revient à l'alcoolisme dans l'excitation d'un paralytique », mais on peut néanmoins reconnaître avec une attention suffisante, dans les hallucinations visuelles terrifiantes et professionnelles, le cachet de l'éthylisme, et dans le délire des grandeurs hyperboliques, le cachet de la folie paralytique. Et on peut affirmer que la paralysie générale est souvent jointe à l'alcoolisme, et qu'il est toujours possible de faire la part de l'un et de l'autre de ces deux états. C'est là, nous le croyons du moins, un fait acquis par la clinique, et non seulement ces deux états sont associés, mais on peut ajouter qu'ils forment non une combinaison, mais une coexistence.

Je sais bien qu'il y aura des cas difficiles dans lesquels on hésitera pour savoir si l'alcool a imprimé simplement son cachet particulier au délire paralytique, ou s'il a provoqué un délire surajouté. Mais ces cas seront rares, la plupart du temps, il sera assez facile de voir, à l'aide des symptômes caractéristiques de ces deux états, si l'on a affaire à un délire paralytique expansif, simplement *arrosé* (je demande pardon pour cette expression qui rend bien la pensée), ou à deux délires différents.

Je ne donnerai pas ici d'observations venant affirmer la coexistence possible de deux délires *paralytique* et *alcoolique*. Il faudrait citer presque la moitié des paralytiques généraux qui entrent dans les asiles. On peut dire, en effet, que chez ces malades, au début (et c'est un point sur lequel nous avons déjà quelque peu insisté dans nos préliminaires) pendant les premiers jours de leur séquestration du moins, on constate des crises nocturnes, des cauchemars, qui ne laissent aucun doute sur leur origine; d'autant que ce cortège de symptômes bruyants disparaît

de lui-même après quelque temps d'internement, pendant que les autres manifestations délirantes inhérentes à l'encéphalite, telles que délire des grandeurs, optimisme généralisé... continuent à évoluer. On trouvera, du reste, dans Lasègue, une observation intéressante de coexistence d'alcoolisme chez un paralytique général, la première qui ait été publiée, croyons-nous (1). On en trouvera également trois observations publiées par Magnan en 1874 (2). Déricq enfin en donne dans sa thèse inaugurale des exemples très probants (3). Aussi nous nous contenterons de renvoyer à ces différents auteurs. C'est là un point de l'historique que nous avions négligé.

Ce que nous tenons simplement à dire ici, c'est que la coexistence possible et même fréquente de la paralysie générale n'a pas un intérêt banal, mais un intérêt diagnostic de premier ordre : en effet, si, placé sous cette double influence, un aliéné se présente à nous, et si dans de telles conditions, dit l'auteur précité, le malade entre dans un asile, sans renseignement, ce qui arrive le plus souvent, « il ne se présente pas sous les dehors du paralytique, mais ressemble à un alcoolique (4). » Si on n'est pas prévenu, on sera exposé à commettre une erreur de diagnostic et *surtout de pronostic* bien regrettable. Connaissant la possibilité de cette coexistence, on sera plus réservé, et on ne dira pas, par exemple, à la famille que leur malade est atteint d'alcoolisme subaigu, et qu'il guérira vite, quand au contraire il est sous le coup d'une maladie qui ne pardonne jamais.

2. — Le délire alcoolique est donc assez souvent un élément surajouté, que l'on peut dissocier dans la paralysie

(1) Lasègue. *Loc. cit.* et Études médicales, T. II, p. 164.
(2) Magnan. De l'alcoolisme, p. 260.
(3) *Loc. cit.*, p. 125.
(4) Déricq. *Loc. cit.*

générale. Mais est-ce le seul ? Nous avouons n'en avoir jamais rencontré d'autres dans la clinique des aliénés. Et cela se comprendra facilement si l'on songe que les paralytiques généraux, pour l'immense majorité des aliénistes, ne sont pas des héréditaires, n'ont pas de tare héréditaire, et que, d'autre part, les délires vésaniques, épileptiques, qui pourraient les atteindre en même temps, sont des délires essentiellement héréditaires. L'alcoolisme, élément indépendant de l'hérédité, et tenant simplement à l'intoxication, pourra donc coexister avec l'encéphalite, mais on comprend facilement pourquoi il ne pourra en être de même des autres éléments de la folie.

Aussi, les différents auteurs qui ont étudié la question des délires multiples, n'ont-ils signalé que le délire alcoolique, comme élément étranger pouvant coexister avec la folie paralytique. Lasègue, Magnan n'en citent pas d'autres. Ajoutons cependant que dans une note de son travail, comme nous le disions plus haut, Déricq signale la coexistence possible de la paralysie générale avec le *délire des persécutions* (1). Nous ne l'avons jamais rencontré.

3. — Vient enfin une troisième question se rattachant à l'étude des délires multiples dans la paralysie générale, et touchant en même temps de bien près à l'essence, à la nature de la paralysie générale. On sait, en effet, qu'actuellement la théorie généralement admise, est la théorie dualiste. Les aliénistes sont très portés, à l'heure actuelle, à admettre la théorie de M. Baillarger, et pensent qu'il y a dans l'encéphalite deux éléments distincts, la *démence paralytique* et la *folie paralytique*. Quelques-uns même, comme Lasègue, pensent que cette affection est un grand genre nosologique qui comprend

(1) Déricq. *Loc. cit.*

plusieurs espèces différentes. M. le professeur Ball partage cette opinion (1).

Cette doctrine admise, il suffit de s'entendre sur les termes, et la question de certaines coexistences nouvelles dans la paralysie générale ne devient plus qu'une simple question de mots. Considérée comme éléments *surajoutés à la démence paralytique*, la folie paralytique est un véritable délire étranger et peut être considérée comme une coexistence ou une complication; considérée comme élément *surajouté à la paralysie générale*, c'est un non-sens, puisque la paralysie générale, de par la définition admise par les dualistes eux-mêmes (Baillarger), est formée de deux éléments, la démence paralytique et la folie paralytique.

Et « tous les phénomènes délirants expansifs ou dépressifs » peuvent alors être considérés comme « des complications, des coexistences au même titre que le délire alcoolique », de la démence paralytique, de l'encéphalite interstitielle, jamais cependant de la paralysie générale vraie, telle qu'on la comprend.

Bien que nous ayons promis de ne pas insister sur les rapports de la paralysie générale avec les délires multiples, nous ne pouvons résister au désir de citer ici à l'appui, l'observation de deux malades que nous avons suivis pendant longtemps. Chez les deux paralytiques généraux en question, l'observation la plus attentive n'a pu permettre de confondre les deux états présentés et bien nettement distincts; nous y tenons d'autant plus que pendant les longs mois que ces malades ont été soumis à notre examen, les deux éléments auxquels nous faisions

(1) Tel était notre optimisme au moment où ces lignes ont été écrites, mais bien des difficultés diagnostiques, entrevues depuis, nous ont montré combien dans cet ordre d'idées les réserves de M. Falret étaient fondées, lorsqu'il disait, en 1877, que l'histoire de la paralysie générale était à refaire.

allusion plus haut, nous ont paru absolument distincts; ces deux observations, disons-le incidemment, en donnant raison aux théories de M. Baillarger, montrent clairement que dans certaines paralysies générales, rares du reste, on peut, sans crainte d'être taxé d'exagération, distinguer deux états absolument indépendants l'un de l'autre, la folie paralytique et la démence paralytique. Avant de donner l'histoire de nos deux malades, nous avons tenu ainsi à montrer qu'elle se rattache à la question des délires multiples. Hâtons-nous d'ajouter que des cas aussi schématiques sont une rareté clinique et que, dans bien des cas, la théorie dualiste ne rend nullement compte des faits observés.

Dans notre première observation, il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, sans hérédité. Voici un résumé des circonstances qui ont motivé sa séquestration à la Clinique de l'asile Sainte-Anne. Au mois de décembre dernier, H..., après avoir, au dire de sa famille, présenté quelques accidents prodromiques insignifiants, a quitté subitement la ville de T... sans prévenir son entourage. Après avoir circulé librement dans Paris pendant trois ou quatre jours, qu'il employa à faire des achats ridicules et bien caractéristiques (commandes de chaussures en nombre indéterminé, de vêtements expédiés à sa ville natale, etc., etc.), il est arrêté au magasin du Louvre, au moment où il essayait d'embaucher tous les commis, auxquels il proposait des appointements magnifiques pour s'expatrier avec lui en Australie. Il avait dressé déjà une liste fort longue et écrit de nombreux noms, au bout desquels figuraient de très beaux appointements. Le but qu'il se proposait et qu'il discutait longuement, était d'aller organiser dans ce pays de grandes fermes modèles, des banques magnifiques, à l'aide desquelles il se faisait fort d'amasser des millions et des milliards pour lui et les actionnaires qui ne manqueraient pas d'accou-

rir. Il avait frété, s'écriait-il tout haut, de riches navires pour les emmener eux et tous ceux qui voudraient partager son sort fortuné. Pour le moment, on se contenta de l'emmener à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, malgré sa résistance et ses protestations. Nous fûmes appelé à l'examiner le lendemain et à formuler sur son compte un certificat de séquestration, il nous parut fort étonné de nos questions et de nos doutes sur ses immenses richesses : nous n'avions qu'à aller à Marseille et nous rendre au port de cette ville ; là, nous assisterions à l'embarquement de tous ses troupeaux. Six cents moutons, six cents bœufs, autant de chevaux, autant de mulets devaient être dirigés sur le port de Melbourne ; aux doutes que nous élevions, à l'inconséquence que nous essayions de lui montrer, aux sujets d'allégation concernant à la fois des sujets si disparates (entreprise de fermes modèles, fondation de banques), il nous répondait en nous parlant de sa grande intelligence : « Avec un esprit comme le mien, nous disait-il, je ne suis pas en peine de concilier l'élevage des troupeaux et la direction de plusieurs banques. »

Jusque-là, rien que de bien classique, nous assistons à l'évolution du délire ordinaire chez les paralytiques généraux, avec ses inconséquences, ses absurdités et son hyperbolisme ; mais, le point que nous tenons ici à mettre en lumière, c'est que le second facteur aussi obligé que le délire des grandeurs, qui pût autoriser à poser le diagnostic de paralysie générale, manquait absolument : nous voulons parler de ce symptôme primordial qui fait pour ainsi dire la condition *sine quà non* de la périencéphalite, *l'affaiblissement des facultés intellectuelles ;* la mémoire était intacte : à toutes les questions que nous lui adressâmes dans cet ordre d'idées, il répondait avec une clarté surprenante et sans aucune hésitation ; notre examen fut de ce côté complètement né-

gatif. A tous les renseignements les plus précis que nous lui demandâmes sur son âge, sur sa famille, etc., il nous fournit des notions d'une précision étonnante : en un mot, il n'y avait pas trace de démence paralytique.

Du côté des troubles physiques, l'examen n'en fut pas moins négatif : aucun embarras de la parole, aussi bien dans le cours de la conversation que dans la prononciation des mots difficiles, nul tremblement des membres inférieurs ou supérieurs, pas de mouvement fibrillaire des lèvres, de la joue ou de la langue ; le seul trouble physique appréciable chez lui et qui a été du reste en augmentant, c'est l'état des pupilles : abolition du réflexe pupillaire, myosis très prononcé, mais pas d'inégalité irienne.

Il ne fallait pas cependant, sur un simple examen de quelques heures, même de quelques jours, trop nous hâter d'admettre l'exclusion des troubles d'*affaiblissement intellectuel* et de troubles somatiques, l'opinion de folie paralytique, qu'on rencontre si rarement à l'état isolé; mais ce malade, que nous avons pu suivre pendant plusieurs mois consécutifs et que nous connaissons depuis un an, ne présente pas plus maintenant que lors de sa séquestration, la moindre lacune dans la mémoire et dans les autres facultés intellectuelles. C'est tout au plus si pendant ce long espace de temps, son délire exubérant a changé d'objectif; c'est ainsi que de temps à autre il laisse de côté ses idées de voyage en Australie et pose alors sa candidature à la députation, en se réclamant de ses électeurs. Nous sommes donc autorisé à regarder cette observation comme un type de folie paralytique, c'est-à-dire, comme nous le disions plus haut, d'un délire absolument indépendant dans l'histoire syndromique de la paralysie générale; nous sommes autorisé à voir dans ce fait clinique, la preuve que ce délire est un délire indépendant et simplement juxtaposé à un autre

état psychopathique, qui forme pour ainsi dire l'élément constitutif de la paralysie générale et qu'on appelle démence paralytique. Dans l'espèce, cette partie de la trilogie symptomatique, cette démence paralytique n'est pas encore venue compliquer l'état délirant de notre malade. Assisterons-nous ici à l'éclosion des éléments paralytiques qui manquent? C'est ce que nous ne pouvons dire, et c'est ce que l'avenir nous apprendra. Ce que nous voulions surtout faire ressortir ici, c'est qu'au point de vue de la question des délires multiples qui nous intéresse, la folie paralytique peut-être considérée chez H..., comme un élément délirant, indépendant, coexistant et surtout unique.

Nous donnerons l'histoire de notre second malade en résumé.

Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, M..., homme de lettres, entré à la clinique vers la même époque ; un fait tout à fait important à signaler dans l'histoire de notre malade, c'est l'hérédité similaire ; on retrouve cependant des faits analogues dans une thèse soutenue récemment à la Faculté (1). Un frère de ce malade est interné à l'asile de Ville-Évrard, atteint de paralysie générale. M... a été amené à Sainte-Anne au commencement de l'année courante; il se prétendait l'inventeur du *mouvement perpétuel*. Il fut arrêté au Ministère de l'Intérieur, au moment où il déposait son invention, pour laquelle il réclamait un brevet qu'il acheta 100 francs, qu'on ne lui rendit du reste jamais, soit dit en passant.

Depuis de longs mois que nous le tenons sous notre observation, contrairement à ce qui a eu lieu chez notre malade précédent, M... n'a pas varié dans son délire, il est toujours l'inventeur du *mouvement perpétuel* qu'il

(1) *Vrain*. De l'hérédité dans la paralysie générale, thèse de Paris, 1887.

expose longuement, oralement et au tableau. Ses idées sont vraies et pratiques, sauf un point : en effet, ce mouvement perpétuel est basé, dit-il, sur la propriété du siphon. L'eau amenée par ce moyen, tombe sur les palettes d'une roue et arrive en s'écoulant au pied d'un bassin, nouveau siphon, qui doit la ramener à son point de départ : or, lorsqu'il expose au tableau sa théorie avec force figures, on ne peut le convaincre de l'inanité de son procédé touchant son invention ; on cherche inutilement à lui démontrer que le siphon ne peut élever l'eau d'un niveau *inférieur* à un niveau *supérieur*, donnée sur laquelle s'appuie tout son édifice scientifique ; à toutes les raisons qu'on lui donne il oppose cette réponse : « Mon appareil est destiné à révolutionner l'industrie, car mon mouvement perpétuel développe une force motrice considérable sans le secours de combustible, j'ai résolu, ajoute-t-il, le grand problème du travail moteur sans charbon. Donnez-moi tout ce qu'il faut et je livre à mon pays mon mouvement perpétuel, source de tant d'économies. »

Ce qu'il importe surtout de faire ressortir, c'est la ténacité des idées délirantes, ténacité si rare dans la paralysie générale ; depuis le long temps qu'il se trouve dans le service de la Clinique, le thème qu'il a adopté n'a pas varié, il est toujours l'inventeur du mouvement perpétuel qui doit révolutionner l'industrie.

Mais, pour le point particulier qui nous occupe, un fait qu'il importe surtout de signaler chez M..., depuis sa longue séquestration, c'est, en dehors de cette fixité dans le délire, ici comme précédemment, l'*absence complète de tout affaiblissement intellectuel*. Comme chez D. T..., nous n'avons pu à aucun moment, depuis son entrée à Sainte-Anne, surprendre la moindre lacune dans l'état de sa mémoire et de ses facultés : en un mot, il n'y a pas l'ombre de démence paralytique.

L'examen des troubles physiques ne nous donne ici également que des renseignements négatifs : pas d'inégalité pupillaire, pas de tremblement, pas d'embarras de la parole ; c'est à peine si après une longue conversation et de longues démonstrations, sa voix manque d'assurance, devient légèrement scandée et présente quelques achoppements.

Comme précédemment, le délire des grandeurs se montre ici isolé. Que deviendra-t-il ? Restera-t-il tel ? Ou bien, à un moment donné, l'état physique et l'état démentiel de la paralysie générale viendront-ils compléter ce tableau symptomatique ? Nous sommes réduit sur ce point à des conjectures.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru intéressant de rapporter deux observations qui, comme nous l'avons vu, autorisent à considérer certains cas de paralysie générale comme formés de deux éléments à la rigueur indépendants : la folie paralytique et la démence paralytique, que certains aliénistes regardent comme deux formes pathologiques distinctes. C'est cette raison qui nous excusera d'avoir décrit un peu longuement cette question de la dualité de la paralysie générale, question qui, selon nous, se rattache de près à l'histoire des délires multiples.

*(A suivre.)*

---

# LE CERVEAU ET LE SURMENAGE SCOLAIRE

DISCOURS PRONONCÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (1)

Par le Dr J. LUYS

Membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité.

M. Luys. — Avant de voir se terminer une discussion mémorable, qui a été si féconde en aperçus de toute sorte, touchant à la fois les principales questions de l'hygiène, de la pédagogie et de la pathologie même, je viens vous demander encore le bénéfice de quelques minutes d'attention, pour relever certaines assertions qui ont surgi au cours de ces débats, et qui, à mon avis, ne doivent pas demeurer sans commentaires.

I. — Je voudrais dire deux mots seulement au sujet de la proposition émise par notre collègue M. Peter, par laquelle il a cherché à établir un lien pathogénique entre le surmenage du cerveau et l'explosion de la tuberculose pulmonaire — et, d'autre part, vous signaler quelques réflexions au sujet de l'état anatomique du cerveau chez les adolescents, et certaines déductions physiologiques qui en dérivent.

Vous avez encore présente à l'esprit la brillante improvisation de notre collègue, M. Peter, alors qu'avec sa verve habituelle, il nous a exposé les analogies qu'il y a entre le travail cérébral porté à l'excès, qu'il appelle si justement la courbature cérébrale, et la fatigue de la fibre musculaire surmenée par des efforts répétés et prolongés. Ce sont là deux analogies saisissantes qui sont faites pour frapper l'esprit, et je ne saurais trop m'associer à la façon incisive dont cette partie du discours a été développée.

Il a même noté, à l'appui de son dire, un certain nombre d'observations personnelles, dans lesquelles il a cité un certain nombre de jeunes gens qui, s'étant livrés à des excès de travaux prolongés, ont été, à la suite, envahis par le développement inopiné de la tuberculose pulmonaire.

Le temps ne me permet pas de discuter les détails de ces observations, et de montrer qu'il pourrait bien se faire que la

(1) Séance du 2 août 1887.

tuberculose ait eu d'autres portes d'entrée dans l'organisme des sujets intéressés, que celles de l'excès de travail cérébral. C'est donc sur ce point spécial de pathogénie, le surmenage cérébral constitué comme une condition de développement de tuberculose pulmonaire, que je désire présenter ici quelques réserves, motivées par les données suivantes.

Or, Messieurs, s'il est un milieu spécial dans lequel on voit le surmenage cérébral, ou plutôt la suractivité des organes encéphaliques, jouer un rôle actif et prépondérant, c'est évidemment dans le domaine de la pathologie mentale.

Que sont donc nos paralytiques agités, nos maniaques, nos hallucinés chroniques, sinon des surmenés cérébraux chroniques? — Est-ce que, dans ces cas-là, l'appareil cérébral n'est pas, jour et nuit, mis en perpétuel travail? — Est-ce que cette suractivité intracéphalique, qui se traduit pendant la vie par cette turgescence si caractéristique de la face, par une hyperthermie des téguments craniens, n'implique pas, par cela même, un véritable surmenage chronique des cellules cérébrales?

Si la proposition de M. Peter était véritablement conforme à la réalité des faits, c'est évidemment dans ces cas que l'on devrait trouver d'une façon certaine l'explosion de la tuberculose pulmonaire, et tous les aliénés, paralytiques et agités, devraient être, par cela même, les victimes désignées à l'avance de la maladie bacillaire.

Eh bien, Messieurs, c'est tout le contraire que l'on constate; et savez-vous dans quelles proportions j'ai rencontré la tuberculose dans les cas susindiqués?

Dans le domaine spécial où j'exerce depuis plus de vingt-cinq ans, sur un relevé de 1,086 observations, je n'ai trouvé que 6 cas de tuberculose pulmonaire coïncidant avec la folie; et encore, parmi les 6 cas, pas un seul paralytique, pas un seul individu véritablement, dans l'acceptation actuelle, surmené du cerveau.

Vous voyez donc, Messieurs, que la proposition si catégorique formulée par notre collègue, avait besoin d'être quelque peu mitigée par la comparaison avec ce qui se passe dans un autre milieu que celui où ont porté ses observations; et, à vrai dire — ne pourrait-on pas, avec une apparence quelque peu paradoxale, soutenir la proposition inverse, et penser que : — la suractivité cérébrale prolongée, avec les modifications

spéciales qu'elle détermine dans l'organisme, paraît rendre les sujets qu'elle frappe impropres à devenir un terrain de culture favorable aux bacilles, puisque, sur 1,086 observations que j'ai citées, je n'ai vu que 6 fois la tuberculose se développer; et, encore, il s'agissait de sujets non surmenés, puisqu'ils étaient mélancoliques et déprimés, et qu'ils étaient affaiblis par une alimentation prolongée avec la sonde œsophagienne.

II. — Ces réserves étant faites, permettez-moi, Messieurs, de vous exprimer succinctement comment je comprends ce qu'on appelle, d'une façon générale, surmenage intellectuel, en bornant mon appréciation à l'examen des adolescents.

Je me demande tout d'abord si ce surmenage intellectuel des jeunes sujets est aussi réel et aussi nocif, considéré en lui-même, qu'on veut bien le dire, et si, au contraire, les désordres organiques considérés en bloc chez nos jeunes gens ne sont pas plutôt imputables à des conditions hygiéniques défavorables dans lesquelles ils se trouvent plongés, et à des règlements scolaires auxquels ils sont matériellement assujettis.

Les jeunes gens, je me le demande avec un certain nombre d'orateurs qui ont déjà abordé cette question, sont-ils bien réellement, dans le cours de l'année scolaire, surchargés d'un travail excessif? Y a-t-il donc, dans tout ce qu'on leur demande, un abus, une fatigue, destinés à produire prématurément une usure de leur activité cérébrale?

Voyons ce que disent les faits, et, en nous appuyant sur l'examen anatomique de l'appareil cérébral envisagé principalement à l'époque qui nous préoccupe, soit de dix à vingt ans, comment est constitué le cerveau.

Vous savez tous, Messieurs, avec quelle intensité le travail organique se développe dans le système nerveux chez les jeunes enfants; le volume de leur tête, par rapport à celui de l'adulte, est, en quelque sorte, disproportionné.

Suivant Sœmmering, cité par Parchappe, le poids du cerveau d'un enfant de six ans est de 1,087 grammes, et le poids moyen du cerveau d'un adulte est de 1,323 grammes; — différence : 236 grammes. — Parchappe cite encore le cerveau d'un enfant de onze ans, qui pesait 1,191 grammes, et celui

d'un autre enfant de quatorze ans, dont le poids était de 1,046 grammes (1).

Chez une jeune fille de dix-huit ans, saine d'esprit, morte dans mon service, le cerveau pesait 1,030 grammes; chez une autre du même âge, j'ai trouvé 1,204 grammes... et si vous remarquez que le poids moyen du cerveau de la femme adulte, suivant Boyd (2) oscille entre 1,127 et 1,238, vous arrivez à cette conclusion qu'il y a certains sujets adolescents qui, avant l'âge de vingt ans, ont acquis presque complètement le développement cérébral qu'ils doivent avoir à la période d'apogée.

Voici encore une autre preuve à l'appui de mon dire : il s'agit de mensurations faites sur des individus vivants, à l'aide de mes appareils céphalométriques, dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie l'an dernier.

Dans une famille composée du père et de deux fils, le diamètre antéro-postérieur de la tête du père, âgé de quarante-ans, mesurait 19 cent. 8. A cette époque, un des fils, âgé de dix ans, mesurait déjà 18 cent. 2; — différence : 1 cent. 6.

Deux ans plus tard, ce diamètre a été trouvé le même; l'enfant était resté stationnaire sous ce rapport.

Le second enfant, dont la tête a été mesurée à l'âge de six ans, présentait déjà 17 cent. 8, soit 2 centimètres seulement moins que le père. Un an après, il présentait 17 cent. 9, et à huit ans 18 cent. 1, c'est-à-dire 1 cent. 7 de moins que le père. Pour l'examen des autres diamètres, bi-auriculaires et horizontaux, les mêmes rapports se retrouvent.

Maintenant, Messieurs, permettez-moi de faire passer encore sous vos yeux deux cerveaux de sujets masculins, d'âge différent, l'un de seize ans, l'autre de trente-six; ces cerveaux ont été conservés par les mêmes procédés de dessiccation, et soumis par conséquent aux mêmes influences.

Voyez, en effet, combien ils se ressemblent; les plis sont, de part et d'autre, nettement dessinés, les sillons indiquent nettement les différents départements de l'écorce, et, vraiment, si on ne savait pas par avance la différence d'âge qui sépare ces deux cerveaux, je doute fort qu'on puisse reconnaître, par l'examen direct, celui qui appartient à l'homme fait et celui qui appartient à l'adolescent.

(1) Parchappe. Recherches sur l'encéphale, page 72.
(2) Cité par Carl Vogt. Leçons sur l'homme, page 102.

Vous voyez donc, Messieurs, qu'à cette époque de la vie que nous considérons, l'instrument cérébral destiné à entrer en action est en plein développement régulier ; d'année en année, il augmente de volume et de masse, et on peut dire que, dès cette époque de la vie, il est bien et dûment constitué pour entrer en action et développer toutes les énergies latentes qu'il tient en réserve.

Le cerveau de l'adolescent, sauf quelques grammes en poids, est presque déjà équivalent au cerveau de l'adulte, et, en présence de ces données anatomiques, quelque incomplètes qu'elles soient, je ne vois pas en quoi, au point de vue du labeur purement intellectuel, il y aurait à réclamer une réduction des programmes d'études actuellement en vigueur.

Est-ce qu'au contraire les efforts de l'éducation ne devraient pas tendre nécessairement à mettre en œuvre un appareil organique qui se développe régulièrement et d'une façon si luxuriante à cette époque de la vie? — Nous devons lui demander, sous peine de déchéance, la mise en valeur de toutes les aptitudes qu'il renferme, et quand on songe combien le cerveau d'un enfant de seize à dix-huit ans touche de près au cerveau d'un adulte, ce serait, à mon avis, manquer à tous les devoirs de notre époque que de ne pas concourir à la mise en œuvre de cet admirable instrument, et, sous prétexte de travaux forcés et de surmenage, arriver à encourager la paresse native dans bien des organisations moyennes, pour lesquelles l'inactivité cérébrale est toujours un souhait inavoué de bonheur.

Et, à côté de ces questions si vivantes et si contemporaines, rappelons-nous encore que les éducateurs de la jeunesse actuelle, au nom des idées de progrès qui entraînent l'esprit de l'homme, ont un grand devoir à remplir vis-à-vis des jeunes intelligences qui leur sont confiées : c'est de ne pas les laisser déchoir dans leurs mains, faute de culture, et d'enrichir leur patrimoine héréditaire.

S'il faut, en effet, ajouter foi aux recherches si ingénieuses de notre regretté Broca, ne savons-nous pas que, suivant lui, le cerveau des Parisiens, en particulier, est en progression constante depuis des siècles, depuis l'époque de Philippe-Auguste, comme masse et comme volume ; et que le cubage des crânes contemporains des Parisiens de notre époque est supérieur au cubage des crânes des Parisiens du moyen âge ?

Preuve bien évidente de l'influence de la culture intellectuelle progressive, et des rapports intimes qui lient le développement du cerveau avec l'exercice régulier et avec les progrès de la civilisation!

III. — Voyons maintenant, au point de vue de la physiologie cérébrale, s'il y a véritablement péril en la demeure, et si l'esprit de nos jeunes gens (je parle de la masse, et non pas des cas exceptionnels, dont j'aurai plus loin à vous entretenir) est réellement surmené par l'application des programmes scolaires auxquels ils ont à faire face.

Sur ce point, je suis tout à fait de l'avis de ceux qui pensent que le véritable surmenage n'existe pas dans le sens strict du mot. On applique, sans s'en apercevoir, à l'enfance le tableau du véritable surmenage cérébral si fréquent dans les périodes inquiètes de la vie de l'âge adulte.

Il y a d'abord les jours de vacances, qui sont actuellement beaucoup plus répétés qu'autrefois, et qui permettent à l'adolescent de faire une coupure salutaire dans la continuité de ses travaux; — et puis encore ne savons-nous pas tous que toute cette jeunesse qui assiste aux classes sur le banc des écoles n'est la plupart du temps que matériellement présente aux exercices qui y sont faits? Les jeunes gens ne s'intéressent que très médiocrement aux explications des auteurs; les beautés de la littérature classique sont pour eux chose obscure et conventionnelle; ils ne prennent pas cela au sérieux, et chez eux ce sont les régions purement intellectuelles de leur cerveau qui sont en activité, tandis que les régions émotives de leur être et de leur personnalité consciente, sont complètement silencieuses et tranquilles.

Et, sur ce point, combien l'activité cérébrale de l'enfant diffère de celle de l'homme adulte, chez lequel les régions émotives sont toujours associées à la mise en action de l'esprit! — L'homme qui travaille dans la lutte de la vie, ne le fait pas sans une participation profonde émanant de sa sensibilité intime; il met en même temps en activité son esprit et son cœur; à chaque effort qu'il fait, la surexcitation intellectuelle est doublée de la suractivité émotive, et c'est ainsi que toutes les molécules de son cerveau sont universellement mises en vibration, et qu'il fait feu en quelque sorte de toute part. — Voilà le vrai surmenage, voilà le vrai état pathologique avec lequel il faut sérieusement compter, et que l'expérience

journalière nous montre comme étant la première étape qui conduit aux hyperhémies cérébrales chroniques et, dans le lointain, à la paralysie générale.

Combien est différente, au point de vue de la mise en jeu du cerveau, la participation que nous demandons à l'esprit de nos enfants! Les programmes d'études scolaires, en effet, ne s'adressent qu'à des régions isolées de leur cerveau, et l'esprit du jeune homme, tout à fait indifférent au point de vue émotif, ne fait que des efforts partiels. — C'est principalement à sa mémoire et à son imagination que, dans les classes de lettres, on fait appel; et vous savez combien, dans certains concours de récitation, la culture intensive de la mémoire est mise en activité.

C'est là une manière de faire qui nous semble défectueuse, et, sans vouloir entrer sur le terrain de la pédagogie proprement dite, il nous paraît indispensable, au nom de l'hygiène bien entendue du cerveau, de signaler aux hommes compétents ce que cette méthode offre d'inconvénients pour l'exercice de l'instruction en général.

Elle n'exerce, en effet, son activité que suivant une direction donnée, et l'esprit s'habitue passivement à recevoir, par une sorte d'imbibition méthodique, les ébranlements qu'il reçoit, et qu'il retient, pour ensuite les exprimer au dehors, comme par une action réflexe inconsciente. — Il en résulte que la personnalité consciente n'est pas partie prenante, et que les opérations qui consistent à juger, à discerner, sont, la plupart du temps, laissées inactives.

Aussi n'est-ce pas sans surprise que l'on voit de bons écoliers, dont l'esprit renferme des trésors d'érudition, dont l'imagination est abondamment fournie de comparaisons brillantes, qui, mis au tableau, la craie à la main, sont incapables d'aligner quelques chiffres et de faire régulièrement une opération d'arithmétique (1).

(1) Permettez-moi, Messieurs, à l'appui de cette opinion que je viens d'émettre, sur l'autonomie et l'indépendance de la mémoire proprement dite par rapport aux opérations du jugement, de vous présenter le fait, très curieux, d'une jeune dame à laquelle je donne actuellement des soins, et qui est douée d'une mémoire véritablement extraordiuaire. Elle retient des pages entières de poésie après les avoir lues une ou deux fois, elle les récite comme une actrice, avec des intonations appropriées. Et, à côté de cela, elle est est délirante, elle est incapable de raisonner

IV. — D'après les faits que j'ai eu l'honneur de vous exposer, Messieurs, il semble résulter que, dans l'état actuel des choses, il n'y a pas disproportion entre la somme de travail demandée à nos écoliers et la somme d'efforts destinée à l'accomplir, et que la question du surmenage, telle qu'on l'a entendue jusqu'ici, ne présente pas les dangers spéciaux sur lesquels un certain nombre d'orateurs ont appelé l'attention.

Il est néanmoins bon de noter que, parmi la masse des écoliers qui s'avancent en suivant la marche régulière des études, il existe un contingent spécial de sujets impropres au service, faibles de complexion cérébrale, et qui, sans être paresseux, malgré leur bonne volonté, voient leurs forces les trahir, et sont obligés d'interrompre le cours de leurs études. Ce sont ceux-là qui sont véritablement les surmenés du cerveau de nos écoles, et, il faut bien le reconnaître, dans la grande majorité des cas, ces sujets-là ce sont des héréditaires, ou bien ils ont un père paralytique ou bien une mère névropathique.

La nature spéciale de ma clientèle m'a mis en rapport d'une façon particulière, avec un certain nombre de sujets de cette catégorie. Ayant donné des soins aux pères et aux mères de ces jeunes enfants, je me suis trouvé, déjà plus d'une fois, appelé par les familles à les suivre dans la vie. J'ai actuellement un relevé de 24 cas qui sont relatifs à des jeunes sujets de huit à vingt ans, la plupart fils de paralytiques; eh bien — j'ai constaté que chez ces jeunes sujets, la plupart du sexe masculin, le goût du travail est bien développé; et c'est malheureusement ce qui les perd, — on les met au lycée, comme leurs condisciples, mais ils sont le plus souvent distraits, turbulents, facilement fatigués; ils se plaignent de céphalalgie, ils sont sujets à des insomnies, ils rêvent haut et deviennent somnambules. — Mais ils ont de l'ardeur et veulent faire leurs classes.

En dehors de ces symptômes, qui annoncent un certain degré de suractivité cérébrale, il en est d'autres que je considère comme caractéristiques et indiquant un véritable épuisement de l'élément nerveux; ce sont des phén omènes d'a-

juste sur sa situation, de se rendre compte de ce qui se passe autour d'elle, et elle montre ainsi l'exemple d'une mémoire excessivement brillante et de la déraison concomitante.

mnésie qui dominent. Les sujets ainsi frappés oublient leurs leçons, au milieu d'une récitation ils ne peuvent plus continuer, dans la conversation ils s'interrompent par une véritable absence mentale; ils vont et viennent dans les cours sans se rendre compte de ce qu'ils font. — Chez d'autres, ce sont des symptômes vertigineux qui apparaissent, et j'ai vu, encore tout récemment, un jeune dégénéré microcéphale de vingt ans, qui, à la suite des efforts faits pour passer son baccalauréat, a été frappé d'une première attaque d'épilepsie, qui s'est répétée quinze jours après.

Au point de vue des signes physiques, ces sujets-là se distinguent encore par les caractères suivants : ils ont le crâne ou trop petit ou trop grand pour leur taille; leur voûte du crâne est irrégulièrement constituée; en palpant la tête, on constate des épaisseurs irrégulières au niveau des sutures, et, quelquefois encore, une véritable gouttière transversale au niveau de la partie culminante du vertex.

Eh bien! ces sujets-là qui présentent des caractères somatiques et intellectuels si nets, placez-les au milieu de leurs condisciples; — ils seront susceptibles, pendant un certain temps, de suivre la colonne en marche; ils ont un certain amour-propre, ils veulent faire comme les autres, ils n'ont pas la conscience de leur infériorité; et, néanmoins, ils se fatiguent vite, et ne peuvent suivre jusqu'au bout leurs camarades. Ils restent alors en arrière, à des distances inégales, et deviennent ensuite un groupe de retardataires fatigués, véritablement surmenés et incapables de continuer leur carrière.

1° En résumé, Messieurs, je pense qu'il est indispensable de faire des réserves au sujet des rapports pathogéniques que notre collègue, M. Peter, a cherché à établir entre le surmenage des écoliers et le développement de la tuberculose pulmonaire. D'après mes relevés personnels, la tuberculose me paraît excessivement rare dans certaines catégories de sujets qui appartiennent au cadre de la pathologie mentale, puisque, sur un relevé de 1086 observations, je ne l'ai rencontrée que six fois.

2° Les programmes d'études ne doivent pas être diminués au point de vue de la somme de travail demandée, car l'examen anatomique prouve que le cerveau d'un adolescent de dix-huit à vingt ans est déjà très développé, et équivalent presque à un cerveau d'adulte. On peut donc leur imposer ce que comportent les progrès de la science moderne.

Il serait peut-être avantageux de varier le mode de présentation des sujets d'étude, de les rendre plus agréables et plus assimilables pour l'esprit, en sollicitant plus énergiquement la personnalité consciente des jeunes enfants à entrer en action et en les intéressant à ce qu'ils ont à apprendre. — Mais je persiste à dire qu'il ne me paraît pas convenable d'alléger les programmes, et qu'il faut penser à l'avenir et à l'intérêt des générations futures ; et en interprétant les résultats qui se dégagent des recherches de Broca, avoir toujours présent à l'esprit que si le cerveau humain est apte, de siècle en siècle, à se développer comme masse et comme volume, il est du devoir des éducateurs de la jeunesse de cultiver ses richesses naturelles, de le meubler de toutes les acquisitions nouvelles de la science et de ne pas laisser péricliter, faute d'une culture appropriée, les éléments de perfectionnement que porte en germe le cerveau de l'homme. (*Très bien !*)

---

# ARCHIVES CLINIQUES

## DE L'EMPLOI DE LA SUGGESTION HYPNOTIQUE

### DANS UN CAS D'ARRÊT DE L'ÉVOLUTION PUBÈRE

**Par le Dr ROUSSEAU**

Médecin directeur de l'Asile d'Auxerre

La suggestion hypnotique employée comme moyen thérapeutique a déjà fourni des résultats assez remarquables pour qu'on n'hésite pas à la mettre en pratique lorsque les occasions se présentent. L'observation suivante vient non seulement confirmer la vérité de ce principe, mais encore élargir le cercle de ses applications.

La nommée P... Palmyre, atteinte d'hystéro-épilepsie, a été admise à l'Asile d'Auxerre le 6 avril 1887. Enfant des hospices, il lui est impossible de nous fournir aucun renseignement sur

sa famille. Elle est âgée de 17 ans, sa conformation ne laisse rien à désirer, les différentes fonctions physiologiques s'exécutent régulièrement, mais elle est légèrement anémique et, malgré son âge, n'est pas encore réglée. Le premier accès l'a surprise en pleine rue, au moins d'octobre 1886, dans la commune de Cravant où elle se trouvait en service. Elle assure n'avoir éprouvé antérieurement ni contrariété, ni émotion vive.

Tout son corps est frappé d'anesthésie, non seulement au point de vue du tact et de la douleur, mais encore à celui de la température et du chatouillement. D'autre part, la vue, l'ouïe, l'odorat sont manifestement affaiblis du côté gauche. Il existe six points douloureux : un sus-occipital, un épigastrique, deux sous-mammaires et deux ovariens.

Les crises ne présentent que trois périodes qui se succèdent dans l'ordre suivant. La première, épileptoïde, est caractérisée par la perte de connaissance, la chute et des convulsions toniques. La seconde, celle de clonisme, se fait remarquer par le désordre des mouvements; le corps se courbe en arc, ne reposant que sur la tête et les talons, ou bien la tête et les membres sont agités de mouvements si violents qu'on est obligé de prendre toutes les précautions possibles pour qu'il n'arrive pas d'accident. En même temps, elle pousse des cris effroyables. L'accès se termine par un délire tranquille qui dure de quelques minutes à 24 heures. Elle voit des animaux, des chats, des chiens, et même des personnes avec qui elle s'entretient. La période des attitudes passionnelles a toujours fait défaut. Dans l'intervalle des crises, la lucidité est en général complète, mais lorsqu'elles se produisent par séries, elles sont suivies d'une réaction mélancolique, la patiente assure qu'elle ne guérira pas et menace de se suicider.

C'est donc parce qu'elle est dangereuse pour elle-même et pour l'ordre public qu'elle a été placée dans l'Établissement.

P... est facilement hypnotisable et très docile à la suggestion. On fait naître chez elle des hallucinations à volonté, elle exécute les ordres qu'on lui donne et l'on peut varier les expériences à l'infini. Les substances médicamenteuses l'impressionnent à distance. Le haschich lui apporte des visions fantastiques, elle aperçoit des chiens, des chats qui miaulent, des soleils, des étoiles et des rayons lumineux qui s'entrecroisent dans tous les sens. Le tabac à priser lui procure des vertiges, des éternuements et une hypersécrétion des muqueuses occulaire et nasale.

Après l'institution d'un traitement tonique et hydrothérapique, l'hypnotisme et la suggestion sont employés pour combattre les

crises. Au début, ces dernières semblent être influencées favorablement, mais l'accalmie est de courte durée et elles se reproduisent avec plus de fréquence et d'intensité que jamais. Ainsi on en a compté : 120 pendant les trois dernières semaines d'avril, 60 pendant le mois de mai, 579 pendant le mois de juin.

L'hypnotisme les suspendait, puis elles se reproduisaient au milieu du sommeil; on pouvait encore les faire cesser par le même procédé ; mais en général, après deux tentatives semblables, toute nouvelle intervention devenait inutile. Il en a été de même de la suggestion quand elle a été dirigée spécialement contre les crises. Elle a modifié avantageusement la situation pendant quelques jours, pour tomber à son tour dans une impuissance complète.

Comme notre malade n'est pas encore réglée, nous nous sommes demandé si son affection nerveuse ne serait pas le résultat du trouble utéro-ovarien, ce qui nous placerait en présence d'une hystérie deutéropathique et, par conséquent, plus facilement curable.

Le 15 juin, pendant qu'elle est plongée dans le sommeil hypnotique, on place,entre ses vêtements et la partie postérieure du cou, un flacon renfermant de la poudre de safran. Quelques minutes après, le ventre qui, avant l'expérience, se trouvait dans son état normal, devient douloureux. Cette souffrance se prolonge pendant une semaine environ et tout rentre dans l'ordre. Toutefois il y a lieu de noter que parfois sa violence était telle que la malade se roulait à terre, en poussant des cris et des gémissements.

Le 21 juin, elle est de nouveau endormie et nous lui ordonnons formellement d'avoir ses règles dans les huit jours.

Le 25, c'est-à-dire quatre jours après la suggestion, la menstruation se produit.

Le sang coule pendant une journée et, lorsque l'hémorragie cesse, la malade est prise de violentes attaques hystériques et d'hallucinations. Elle se croit entourée de serpents et de chiens, elle voit des dames qui lui adressent la parole. Ces convulsions se succèdent pendant ving-quatre heures et sont remplacées par une période de demi-stupeur avec réaction lypémaniaque. P... est triste, maussade, ne veut plus manger que du pain sec, et déclare qu'elle cherchera par tous les moyens possibles à se suicider.

A partir du 2 juillet, un changement des plus remarquables s'opère. La malade sort de sa dépression, la gaieté, la lucidité renaissent et, depuis ce moment, elle est délivrée de ses attaques.

D'autre part, l'amélioration continue et se caractérise par la disparition progressive des autres phénomènes hystériques.

4 Juillet. — Retour de la sensibilité au dos.

7 Juillet. — Retour de la sensibilité au bras droit, depuis l'épaule jusqu'au coude.

10 Juillet. — La sensibilité reparaît dans le reste du bras droit.

12 Juillet. — Le bras et la jambe gauches redeviennent sensibles ; le soir du même jour, la jambe droite, le tronc et les yeux subissent la même modification. Elle peut aussi apprécier la température sur toutes les parties du corps.

15 Juillet. — Elle perçoit le chatouillement à la région plantaire des pieds.

16 Juillet. — La narine, le canal auditif externe du côté droit recouvrent leur sensibilité.

18 Juillet. — L'ouïe, la vue, l'odorat sont revenus à l'état normal. La sensibilité reparaît en même temps dans le canal auditif externe du même côté et dans la moitié correspondante de la bouche.

21 Juillet. — On constate la disparition des points douloureux sous-mammaire droit et épigastrique.

23 Juillet. — Même phénomène du côté de l'ovaire droit.

26 Juillet. — Disparition des trois autres points douloureux, sus-occipital, sous-mammaire et ovarien gauches.

C'est en général pendant la nuit que ces modifications de la sensibilité s'opèrent, et il n'y a eu, comme exception, que celle qui a été signalée le 12 juillet.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres. Elle confirme d'abord l'action des substances médicamenteuses à distance. La poudre de tabac excitait les muqueuses pituitaire, oculaire, et donnait lieu à des vertiges et à des éternuements ; le haschich produisait des hallucinations fantastiques, et le safran congestionnait les ovaires. Chez d'autres malades, nous avions déjà vu la morphine déterminer le sommeil narcotique pendant le sommeil hypnotique, et l'alcool tous les effets de l'ivresse.

Il faut surtout remarquer la facilité avec laquelle la menstruation a été provoquée. Dès le 21 juin, la malade est mise en demeure de rentrer dans l'ordre physiologique et, le 25, l'hémorragie utérine se manifeste. Dans

cette circonstance, il est probable que l'opération suggestive a rencontré un puissant auxiliaire dans une constitution déjà améliorée par les toniques et dans des organes préalablement impressionnés par les emménagogues.

Nous nous croyons aussi en droit d'admettre que, chez notre malade, l'hystérie n'était que l'expression symptomatique des troubles de l'évolution pubère. Nous avons déjà observé les mêmes phénomènes chez une autre jeune fille. L'hypnotisme n'était pas encore en honneur à cette époque ; la faradisation de l'utérus a provoqué l'apparition des menstrues et les attaques hystéro-épileptiques, qui étaient formidables, ont cessé comme par enchantement. Après sa sortie de l'Établissement, elle s'est mariée, elle est devenue mère et, depuis six ans, n'a ressenti aucun accident nerveux. Cette manière de voir nous semble encore confirmée par la disparition progressive et si rapide des troubles de la sensibilité. Dans l'hystérie vraie, les choses sont loin de se passer de la sorte, et il est bon de rappeler que, chez notre malade, l'anesthésie était généralisée, ce qui aggravait singulièrement le pronostic. Cependant, toutes réserves faites relativement à l'origine véritable et à la terminaison possible du processus pathologique, nous estimons que les faits que nous venons de rapporter sont de nature à jeter un nouveau jour sur la puissance de la suggestion dans certaines maladies du système nerveux.

---

# AFFAIRE R. SEILLIÈRE

*(Internement et mise en liberté d'un aliéné)*

Par M. B. BALL (1)

Depuis quelque temps, une affaire retentissante a violemment attiré l'attention de la presse et du public. Je ne veux certainement point revenir sur les incidents multiples de l'affaire Seillière ; mais, en présence des attaques insensées dont quelques-uns de nos confrères les plus honorables viennent d'être l'objet, il m'a paru nécessaire d'élever la voix dans cette enceinte, pour protester au nom de notre corporation tout entière, contre des accusations aussi odieuses que ridicules. L'indépendance absolue de ma position m'en donne le droit, et la situation officielle que j'occupe m'en fait presque un devoir.

Le baron Seillière a été mis en liberté. Un médecin de la préfecture, opérant par voie administrative, a déclaré que son état actuel justifiait sa sortie. — Or, à peine élargi le baron a rempli la presse anglo-américaine de ses plaintes rétrospectives, qui ont été immédiatement répercutées par la presse française.

On a vu paraître dans les feuilles publiques un journal rédigé par le malade pendant son internement ; et l'on apprenait ainsi que, dès son entrée dans la maison de M. le Dr Falret, il aurait été l'objet de tentatives criminelles, destinées à lui faire perdre la raison et la vie. Les injections hypodermiques auraient été pratiquées dans le but de troubler ses facultés intellectuelles. Plus tard il aurait été enfermé dans une chambre où des gaz toxiques étaient projetés à travers une fissure du plancher, afin de le faire périr par une asphyxie, et c'est avec les plus grandes difficultés qu'il aurait échappé à cette tentative d'assassinat ; enfin, on lui aurait mis la camisole de force pour lui ingurgiter un liquide corrosif, dont les éclaboussures auraient brûlé ses vêtements.

Des organes sérieux de la presse reproduisent ces divagations. Vous en reconnaîtrez facilement l'insanité.

Mais est-il possible, à l'époque où nous vivons, de répondre

(1) Communication faite à l'Académie de médecine. (Séance du 16 août 1887.)

par le mépris seulement à des assertions semblables ? Ce serait méconnaître absolument les mœurs contemporaines.

J'affirme, d'après mon expérience personnelle, que cet étrange roman a provoqué une émotion profonde dans toutes les classes de la société ; et ce sera l'un des étonnements des hommes de science de voir que le diagnostic formulé par les autorités les plus éminentes n'a pas suffi pour contrebalancer, dans l'esprit du grand public, les assertions sans fondement de quelques journalistes.

Est-il nécessaire de prouver à la société dans laquelle nous vivons que les aliénistes ne sont pas des assassins ? On pourrait croire que le simple bon sens suffit pour faire justice de ces attaques insensées ; et pourtant il n'en est rien.

Il est aujourd'hui démontré que la probité la plus incontestable, l'abnégation la plus absolue et les plus vastes connaissances scientifiques, ne suffisent pas pour défendre un savant des accusations les plus invraisemblables, s'il est médecin et s'il a le malheur de s'occuper des aliénés.

Je ne sais s'il appartient à l'Académie d'ouvrir une discussion sur des faits pareils. Mais je ne puis réprimer le sentiment de douleur et d'indignation que j'éprouve en présence des calomnies qui se propagent sans obstacle dans la masse du public, et jusque dans l'enceinte des assemblées législatives.

Les aliénistes qui en font partie éprouveront sans doute le besoin de protester. Pour moi, j'ai déchargé ma conscience et je ne crains pas d'en appeler, dans cette circonstance solennelle, aux sentiments de justice et de dignité qui ont toujours animé les membres de cette compagnie. (*Applaudissements.*)

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 janvier. — *Effets produits par l'excitation des nerfs centripètes sur les mouvements respiratoires du tronc après l'ablation du bulbe*, par M. E. Wertheimer.

Si, chez un animal dont la moelle a été sectionnée au ni-

veau de l'axis, et chez lequel les mouvements respiratoires sont revenus plus ou moins complètement, on fait agir sur le tronc du sciatique un courant induit, ou si l'on a recours à des excitations mécaniques de la peau et des muqueuses, on peut obtenir soit des phénomènes de mouvement, c'est-à-dire des inspirations ou des expirations actives, des arrêts prolongés dans l'une ou l'autre position, de l'accélération de la respiration, soit, au contraire, des phénomènes d'inhibition, c'est-à-dire le ralentissement ou la suspension complète de tout mouvement respiratoire.

Ces résultats ne s'observent pas indifféremment chez les mêmes animaux. Ce qui complique en effet cette étude, c'est qu'il faut tenir compte du degré d'activité réflexe de la moelle, qui tantôt dépasse la normale, comme on le constate d'ordinaire quelque temps après la section de cet organe, tantôt reste au contraire en dessous à cause de l'influence prolongée du traumatisme.

A un point de vue général, ces faits montrent, comme d'autres phénomènes du même genre signalés particulièrement par MM. Brown-Séquard, Bubnoff et Heidenhain, qu'un excitant appliqué à un nerf sensitif peut produire sur un centre déterminé des effets diamétralement opposés, suivant les conditions d'activité de ce centre au moment de l'excitation. En effet, dans le cas qui nous occupe, l'irritation du nerf sciatique provoque l'activité des centres respiratoires spinaux si celle-ci ne s'est pas encore manifestée spontanément, la renforce si elle est faible et l'arrête si elle est forte.

Au point de vue spécial de l'innervation respiratoire, ces expériences prouvent aussi que tous les effets déterminés par l'excitation des nerfs sensitifs, quand le bulbe est intact, peuvent encore être observés après l'ablation de cet organe, et qu'ils n'ont pas besoin de son intermédiaire pour se produire.

Séance du 5 février. — *Sur l'existence d'altérations nucléaires dans certaines paralysies des muscles de l'œil chez les tabétiques* (Contribution à l'étude du noyau de la 6e paire), par J. Déjerine et L. Darkchevith (de Moscou).

La pathogénie des paralysies des muscles de l'œil, si fréquentes, comme on le sait, chez les tabétiques, est loin d'être complètement élucidée, et nous manquons encore de docu-

ments suffisamment nombreux et précis à cet égard. Parmi ces paralysies, les unes, ainsi que l'a montré la clinique depuis longtemps, sont partielles, limitées à quelques-uns des muscles innervés par le même nerf, et c'est le cas le plus ordinaire, lorsque la troisième paire est atteinte. Il est assez peu commun, en effet, d'observer au cours du tabès une paralysie totale de la troisième paire. En général cette dernière ne porte que sur quelques-uns des rameaux du moteur oculaire commun, soit sur celui qui se rend au droit interne, soit, plus souvent peut-être, sur la branche du releveur de la paupière. Dans ce dernier cas, la paralysie est en général double, partant la blépharoptose bilatérale et assez exactement symétrique des deux côtés. Dans ce dernier ordre de faits, et comme l'a montré l'un de nous, il s'agit d'une paralysie relevant d'une lésion périphérique et portant uniquement sur quelques-uns des rameaux de la troisième paire, les autres étant absolument intacts. On doit donc admettre aujourd'hui que, dans certains cas tout au moins, les paralysies des muscles de l'œil, chez les tabétiques, relèvent de la névrite périphérique, et l'on peut même dire qu'il s'agit presque toujours d'une névrite périphérique, lorsque l'on a affaire à une paralysie dissociée.

Si les paralysies de la troisième paire, au cours du tabès, sont le plus souvent partielles, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une autre paire nerveuse, du moteur oculaire externe entre autres. On sait combien sont fréquentes chez les ataxiques, les paralysies de la sixième paire, soit unilatérales, soit bilatérales; pour notre part, nous les avons rencontrées beaucoup plus souvent que celles de la troisième (abstraction faite, bien entendu, des phénomènes oculo-pupillaires); et, sur plus de soixante ataxiques, à différentes périodes, examinés récemment par l'un de nous, dans son service de Bicêtre, nous n'avons pas rencontré un seul cas de paralysie complète de la troisième paire, car il s'agissait toujours, lorsque cette paire nerveuse était atteinte, de paralysie partielle de quelques-uns de ses rameaux.

Dans un cas que nous avons eu l'occasion de suivre pendant plusieurs mois, il existait une paralysie complète du moteur externe du côté droit, et à l'autopsie nous avons pu constater une altération très prononcée des filets radiculaires et du noyau de ce nerf. Nous croyons devoir publier le fait actuel, non seulement parce qu'il prouve l'existence possible

chez les tabétiques, d'une atrophie des noyaux des nerfs moteurs de l'œil, mais encore parce qu'il est en opposition complète avec l'idée généralement admise jusqu'ici, à savoir l'existence d'un noyau du facial supérieur, commun avec celui de la sixième paire (noyau du facial abducens).

Ajoutons, enfin, que le malade qui fait le sujet de cette communication, présenta, pendant les derniers mois de sa vie, une paraplégie absolue, due, non point comme on l'avait admis de son vivant, à une altération de la substance grise de la moelle ou des cordons latéraux, mais bien à des névrites périphériques siégeant à la fois dans les nerfs moteurs et sensitifs, et arrivés à un degré de généralisation et d'intensité très prononcé.

Observation. Ataxie locomotrice chez un homme de 52 ans. Syphilis ancienne. Incoordination très marquée. Abolition des réflexes tendineux. Signe de Romberg. Troubles marqués de la sensibilité. Paralysie de la 6e paire gauche. Strabisme interne. Diplopie. Mydriase légère. A droite pas de paralysie. Léger myosis. Trois mois avant la mort, début de paraplégie devenant bientôt complète et absolue. Mort. Autopsie. Sclérose postérieure très accusée avec leptoméningite. Atrophie des racines correspondantes. Névrite des racines antérieures. Névrites musculaires et cutanées. Atrophie très marquée de la 6e paire gauche. Atrophie du muscle droit externe. Atrophie très prononcée des filets radiculaires et des cellules du noyau correspondant. Intégrité du facial et de la 3e paire. Intégrité des cellules motrices de la moelle épinière. (*Résumé.*)

Séance du 26 février. — *De l'analgésie hypnotique dans le travail de l'accouchement*, par le Dr Dumontpallier, médecin de l'Hôtel-Dieu.

L'auteur rapporte l'observation d'une primipare, chez laquelle l'état somnambulique a pu déterminer, pendant la première période de l'accouchement, une analgésie complète ; pendant la seconde période, l'analgésie complète n'a été qu'intermittente ; elle cessait d'exister lorsque survenaient de très violentes contractions utérines.

Dans la troisième période du travail, lors des fortes pressions de la tête sur le périnée et de l'engagement de l'occiput sous l'arcade pubienne, l'hypnotisation a été impossible.

Une observation rapportée par le docteur Pritzl, assistant de Karl Braun, à Vienne, permet de penser que dans l'état léthargique, la femme peut accoucher sans avoir conscience de l'accouchement.

Il importe donc de ne pas s'en tenir à la période somnam-

bulique, mais de produire l'état léthargique, pour obtenir l'analgésie absolue, surtout à la fin du travail de l'accouchement.

Dans cette dernière phase de l'hypnotisme, la femme peut accoucher sans avoir conscience de la naissance de son enfant; si elle a souffert, sans crier, pendant le travail, elle n'a pas conservé le souvenir de la douleur, une fois réveillée.

Dans l'état somnambulique, la parturiente conserve sa conscience, elle cause avec les personnes qui l'assistent, elle mesure la durée et la force des contractions utérines, elle se rend parfaitement compte de la marche du travail et elle ne souffre pas.

Séance du 5 mars. *Sur un cas de paraplégie par névrites périphériques chez un ataxique morphiomane.* (Contribution à l'étude de la névrite périphérique, par M. J. Déjerine.)

L'observation suivante me paraît présenter un certain intérêt, actuellement surtout, car le rôle de la névrite périphérique dans la production des paralysies (trop longtemps méconnu) tend de plus en plus à prendre de l'importance, et cela aux dépens des affections médullaires proprement dites. On sait en effet que certaines maladies infectieuses, certaines intoxications, peuvent déterminer dans le système nerveux périphérique, des altérations de la motilité et de la sensibilité, des troubles circulatoires et trophiques, etc., etc., dont la pathogénie relève exclusivement de lésions nerveuses périphériques, la moelle épinière restant indemne de toute modification de structure, appréciable avec les moyens dont nous disposons actuellement. Pour ne parler que des intoxications, le plomb et l'alcool sont, comme on le sait, au premier rang parmi les causes de la névrite périphérique, et sous l'influence de ce dernier agent, on peut observer des formes symptomatiques variables, suivant que les altérations prédominent dans les nerfs musculaires ou au contraire dans les nerfs cutanés; dans ce dernier cas, on peut en effet, ainsi que je l'ai indiqué ailleurs, observer un tableau clinique affectant avec celui du tabès classique une certaine analogie (1).

Le cas actuel a trait à un ataxique ordinaire, morphinomane, qui fut atteint de paralysie des membres inférieurs, à

(1) Étude sur le nervo-tabès périphérique. *Arch. de Physiol. norm. et pathol.*, 1884.

marche subaiguë, qui devint bientôt absolue (les membres supérieurs n'étant que peu affaiblis) et à l'autopsie duquel l'examen de la moelle épinière ne révéla, en dehors des lésions ordinaires du tabès, aucune altération de la substance grise ou des cordons blancs, pouvant expliquer cette paralysie. L'examen histologique des nerfs des membres inférieurs, en montrant des lésions très prononcées des conducteurs nerveux périphériques, rendit, par contre, parfaitement compte des phénomènes observés (1).

Observation : Ataxie locomotrice chez un homme de cinquante-quatre ans. Syphilis ancienne. Incoordination très marquée. Abolition des réflexes tendineux. Signe de Romberg. Troubles marqués de la sensibilité. Paralysie de la sixième paire à gauche. Morphinisme chronique. Paralysie des membres inférieurs à marche subaiguë, prédominant au début dans les extenseurs aboutissant à la paraplégie absolue. Légère participation des membres supérieurs à la paralysie. Mort trois mois après le début des accidents paralytiques. Autopsie. Sclérose postérieure très accusée avec leptoméningite. Atrophie des racines correspondantes, avec lésions récentes de névrite. Névrites des racines antérieures dans la région dorso-lombaire. Névrites musculaires et cutanées. Intégrité de la colonne grise antérieure, des faisceaux blancs de la moelle et des ganglions spinaux. *(Résumé.)*

Il reste maintenant à rechercher l'étiologie de cette névrite des nerfs moteurs et sensitifs. Je crois pouvoir éliminer ici l'hypothèse d'une névrite par maladie infectieuse, car les lésions de tuberculose pulmonaire constatées à l'autopsie étaient très minimes et n'avaient pas même été soupçonnées pendant la vie, le malade ne toussant pas et n'ayant pas de fièvre. L'alcoolisme peut être également mis hors de cause. Reste l'intoxication morphinique, très nette ici. Ce malade absorbait de la morphine depuis six ans par injections sous-cutanées (il prenait en 1885 jusqu'à 10 cent. de morphine par jour), et avait l'état mental et somatique du morphinisme chronique, si semblable comme on le sait à celui de l'alcoolisme chronique. La question de l'influence de la morphine dans la pathogénie de la névrite périphérique n'a pas été, à ma connaissance du moins, soulevée jusqu'ici. C'est là un

(1) Une partie de cette observation ayant été publiée antérieurement par M. Darkchevitch (de Moscou) et moi, au point de vue des altérations oculaires (Soc. de Biologie, 5 février 1887, pages 70 et suiv.), je ne rapporte dans cette note, que ce qui a trait aux accidents paralytiques présentés par ce malade.

point qui me paraît digne d'attirer l'attention. L'alcool et la morphine ont beaucoup de points communs dans leur façon d'adultérer le système nerveux; il existe des névristes alcooliques, existe-t-il aussi des névristes morphiniques? La chose est probable, le fait que je viens de rapporter me paraît être un exemple, mais il faut attendre de nouvelles observations avant de trancher la question d'une manière définitive.

Obs. II. — Paralysie infantile à forme hémiplégique chez un homme de 46 ans, datant de la première enfance (11 mois). Atrophie de la moitié correspondante du corps, la face exceptée. Atrophie musculaire très prononcée au bras et à la main. Pied bot équin. Mort de phtisie. Autopsie. Lésion de paralysie infantile dans toute la moitié droite de la moelle épinière (atrophie du groupe cellulaire postéro-interne). Atrophie musculaire avec stéatose interstitielle très prononcée dans certains muscles. Atrophie simple de quelques faisceaux primitifs, avec hypertrophie notable d'un très grand nombre d'entre eux.

Les deux observations précédentes démontrent l'existence d'une hypertrophie des faisceanx primitifs dans certaines amyotrophies d'origine spinale, la paralysie infantile en particulier. En est-il de même dans les autres espèces de néphromyélites antérieures? Le fait peut-il se rencontrer dans les amyotrophies relevant de névrites périphériques? Il est pour le moment impossible de l'affirmer, bien que la chose paraisse probable. Quoi qu'il en soit, l'existence de l'hypertrophie des faisceaux musculaires dans la paralysie infantile, prouve que cette hypertrophie n'est point, comme on le croit généralement, l'apanage des amyotrohies primitives essentielles (paralysie pseudo-hypertrophique, myopathie atrophique progressive). Désormais l'examen histologique d'un fragment de muscle excisé sur le vivant ne sera plus suffisant pour trancher la question du diagnostic, et la biopsie sera reléguée à l'arrière-plan, au grand bénéfice des malades, d'ailleurs.

La pathogénie de l'hypertrophie musculaire, dans les cas que je rapporte, me paraît d'une interprétation facile et conforme aux données actuelles de la physiologie. Je crois qu'il s'agit ici d'hypertrophie compensatrice vicariante, le surcroît d'activité fonctionnelle dans les faisceaux musculaires respectés par l'atrophie amenant à sa suite une augmentation de leur volume. C'est un fait d'observation journalière, que l'exagération fonctionnelle d'un muscle détermine une augmentation de son volume; et ce qui s'observe pour un muscle entier doit s'observer aussi pour un muscle privé d'une partie

de ses faisceaux, les fibres respectées ayant de ce fait un surcroît de travail à fournir. Un fait vient encore à l'appui de cette manière de voir, à savoir que les faisceaux hypertrophiés ne s'observent en très grand nombre que dans les muscles très atrophiés, tandis qu'il font presque défaut dans ceux qui n'ont été que légèrement atteints par l'atrophie (muscles de l'avant-bras du malade de l'Obs. II). La même particularité s'observe dans les muscles des malades atteints de myopathie atrophique progressive ; c'est dans les muscles très atrophiés seulement que l'on constate l'hypertrophie des faisceaux musculaires, ce qui prouve bien, comme je l'ai indiqué ailleurs, que dans les atrophies myopathiques la lésion musculaire ne débute pas, comme le croit Erb, par une hypertrophie du faisceau primitif. Dans les atrophies myopathiques, comme dans les atrophies myélopathiques, l'hypertrophie des faisceaux n'est pas le fait primitif, c'est une modification de l'élément contractile, subordonné à l'atrophie des masses musculaires, et proportionnelle au degré d'atrophie présenté par ces dernières. C'est une hypertrophie secondaire et de nature purement fonctionnelle.

Séance du 2 avril. — *Sur la pathogénie des névrites périphériques,* par le Dr Arthaud, chef des travaux d'histologie et de vivisection au laboratoire de physiologie générale du Muséum.

L'étude des névrites périphériques tient aujourd'hui une très grande place dans la pathologie nerveuse, et, bien que la question soit de date relativement récente, on peut affirmer qu'elle a déjà été traitée sous toutes ses faces.

Il est cependant un point de l'histoire des névrites périphériques qui mériterait d'être revu avec plus de détail qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour : c'est celui de la pathogénie des lésions périphériques de cet ordre.

Il nous semble qu'on n'a pas, jusqu'à présent, suffisamment insisté sur la signification exacte des lésions anatomiques auxquelles notre excellent ami le Dr Déjerine a consacré plusieurs mémoires.

Ayant eu souvent l'occasion d'examiner des nerfs périphériques sur des animaux ou sur des malades, nous pensons qu'il y a intérêt à présenter la question au point de vue spécial où nous nous sommes placé, et à mettre en relief certains détails qui nous ont paru jusqu'ici avoir échappé à la majorité des observateurs.

Pour apprécier la véritable signification pathogénique d'une lésion, il importe de bien savoir jusqu'à quel point elle peut être compatible avec la conservation des fonctions normales. C'est le point que nous nous sommes tout d'abord efforcé de résoudre.

Nos recherches ont porté sur des vieillards de l'hospice d'Ivry, ayant succombé à des maladies diverses : urémie, lésion cardiaque, tuberculose, cancers.

Bien que ces malades n'eussent présenté pendant la vie aucun symptôme saillant, nous avons presque constamment trouvé chez eux des altérations évidentes du système nerveux périphérique; sans nul doute ces altérations étaient moins profondes que dans les cas typiques de névrites périphériques; mais cependant on trouvait presque constamment un plus ou moins grand nombre de gaines vides et de tubes nerveux en voie d'altération. Cette névrite, si on peut l'appeler ainsi, était d'autant plus marquée qu'on s'adressait à des filets nerveux plus rapprochés de leur terminaison, et diminuait à mesure qu'on se rapprochait de l'axe médullaire.

Nous sommes, d'après cela, porté à admettre qu'il convient de diminuer quelque peu l'importance un peu absolue que l'on a attribuée aux altérations des nerfs périphériques.

Notre première conclusion est donc la suivante :

1° les névrites périphériques sont, jusqu'à un certain point, compatibles avec la conservation des phénomènes de sensibilité ou de motricité, et peuvent se produire comme conséquence de toutes les maladies générales et chroniques.

La signification clinique de ces lésions est donc loin d'être absolue; mais dès lors il devient nécessaire d'expliquer pourquoi il y a des névrites sans symptômes et des névrites à symptomatologie bien définie.

Le tableau clinique qui correspond à ces lésions est essentiellement polymorphe; cependant on peut, d'une façon générale, dire qu'il y a des névrites périphériques se traduisant par des troubles de sensibilité localisés ou généralisés : ce sont les plus communes; il y a enfin des névrites portant à la fois sur le système moteur. Quelle est dès lors la raison de ces différences? Telle est la deuxième question qu'il est indispensable de résoudre.

Si l'on admet l'origine purement périphérique, il devient difficile de comprendre pourquoi le système sensitif est plus souvent frappé que le système moteur.

Il nous paraissait donc rationnel de rechercher dans l'axe médullaire le pourquoi de ces recherches.

Nos études dans ce sens ont plus spécialement porté sur les névrites périphériques des tuberculeux, chez lesquels nous avons décrit, avec le Dr Raymond, les altérations médullaires; elles ont porté également sur des animaux intoxiqués par le plomb; elles ont porté, enfin, sur des cas de névrite périphérique de diverses origines: ataxie, sclérose périépendymaire, et en dernier lieu sur une névrite périphérique des membres inférieurs consécutive à une néphrite interstitielle. En rapprochant nos anciennes observations des derniers faits que nous avons pu observer, nous sommes arrivé à nous rallier à une interprétation nouvelle des névrites périphériques.

Nous ne pouvons exposer dans une note d'ensemble le détail des faits, mais nous tenons à développer aujourd'hui deux choses: 1° la concordance de certains faits anatomiques; 2° les conclusions qu'il importe d'en tirer.

Nous avons pu tout d'abord noter ce fait important:

*a.* Toutes les fois qu'il existe des névrites périphériques, on trouve en même temps des lésions des méninges rachidiennes.

On trouve soit chez les vieillards ou dans les maladies organiques de la moelle, de l'épaississement des membranes; soit chez les tuberculeux ou chez les saturnins, des lésions de méningite aiguë ou subaiguë: infiltration nucléaire, congestion vasculaire, exsudat sous-méningé plus ou moins abondant au niveau du système postérieur, et principalement entre les cordons de Goll et autour des racines postérieures. De la concordance entre les deux faits: névrite périphérique et méningite ancienne ou récente, il est naturel de déduire que l'irritation des méninges peut jouer un rôle dans la production des névrites.

L'examen plus détaillé des lésions de chaque partie va nous conduire à des conclusions plus précises.

*b.* La distribution anatomique des névrites périphériques est toujours la même. A la périphérie, les lésions sont très intenses; elles deviennent de plus en plus minimes, à mesure qu'on se rapproche des méninges. Dans la moelle, il n'existe jamais de lésions, sauf, à un degré plus ou moins marqué, la névrite radiculaire antérieure ou postérieure qui accompagne nécessairement la méningite.

*c.* Par suite des conditions anatomiques de la moelle, il est

constant que, dans toute inflammation méningée, le système postérieur de la moelle présente toujours un maximum d'altération. La névrite radiculaire postérieure est donc beaucoup plus souvent réalisée que la névrite radiculaire antérieure. Cette névrite radiculaire postérieure est plus ou moins intense, plus ou moins étendue; mais elle accompagne fatalement toute irritation méningée.

*d.* Ce fait peut donc nous expliquer pourquoi les lésions périphériques portent de préférence et tout d'abord sur le système sensitif, pourquoi les névrites périphériques sont tantôt localisées à un ou plusieurs membres, tantôt presque généralisées comme dans le pseudo-tabès.

On comprend également pourquoi il peut y avoir des troubles moteurs survenant après les troubles de sensibilité; il suffit, en effet, pour réaliser ces symptômes, que la névrite radiculaire antérieure se produise consécutivement à l'extension ou à l'exacerbation de l'inflammation méningée.

Nous ne développerons pas longuement ces faits sur lesquels nous aurons à revenir de nouveau; il nous suffit et nous voulons simplement aujourd'hui mettre en évidence la relation étroite qui unit ces trois lésions anatomiques : névrites périphériques, méningite, névrite radiculaire.

Nous nous bornerons donc à conclure, d'une façon générale, que les névrites périphériques indépendantes de toute lésion de l'axe gris médullaire sont des phénomènes secondaires à une méningite spinale plus ou moins intense, et à la névrite radiculaire postérieure ou antérieure qui accompagne fatalement tonte inflammation des méninges.

*De l'influence de l'écorce grise sur la dilatation de la pupille,* par le Dr N. Mislawki, prosecteur et priv. doc. de physiologie à l'université de Kasan.

Bochefontaine a écrit qu'en excitant les points 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12 et 17 de Ferrier, c'est-à-dire presque toute la surface du cerveau, on produit une dilatation des deux pupilles qui persiste après la section de la moelle dans la région cervicale.

De son côté, Gruhnhagen a remarqué le même phénomène en irritant l'écorce grise du bord de la grande scissure longitudinale interhémisphérique. De plus, il a noté que la dilatation persistait après la section du grand sympathique, au cou, et l'extirpation du ganglion cervical supérieur.

M. Bessau, élève de Gruhnhagen, a démontré que si l'on extirpe le ganglion cervical supérieur, quatre ou cinq jours avant l'expérience, il faut employer des courants beaucoup plus forts pour obtenir la dilatation des pupilles.

De toutes ces expériences il ressort que l'écorce grise transmet son influence aux pupilles, non seulement par le grand sympathique cervical, mais aussi par la voie intracranienne dont l'existence a été démontrée depuis longtemps par MM. Vulpian, Hourwitz, Kowalevski, etc.

Dans ces derniers temps, M. Katschenowski a démontré qu'il y a dans la circonvolution centrale antérieure du chien un centre moteur dont l'irritation produit la dilatation des deux pupilles, de l'exophthalmie, l'ouverture des paupières et des mouvements de rotation du globe oculaire. Il a remarqué aussi qu'après la section du cordon vago-sympathique au cou, on n'obtient plus du côté correspondant au cordon sectionné les phénomènes ci-dessus. Enfin cet auteur a prétendu que lorsqu'on a sectionné le bulbe, l'irritation du centre moteur ne produit plus aucun phénomène.

En présence de résultats aussi différents, de nouvelles études étaient indispensables pour éclaircir la question. C'est pourquoi j'ai entrepris quelques recherches dont j'ai l'honneur de vous communiquer les résultats. Ces recherches ont été faites sur les chiens et plus souvent sur les chats.

La faradisation des différentes régions de l'écorce grise, pratiquée avec des courants à peine sensibles à la langue ou au doigt mouillé, produit toujours la dilatation des deux pupilles.

Dans plusieurs expériences j'ai observé que la faradisation des circonvolutions pariétales produit une plus grande dilatation que la faradisation du point excité par Katschenowsky, quoique j'aie employé un courant de même force.

Ayant observé, avec M. le professeur Bechterew, dans les recherches antérieures faites en commun et publiées dans le *Centralblatt für Neurologie de Mendel*, que l'écorce grise présente deux régions dont l'excitation détermine pour l'une une augmentation, pour l'autre un abaissement de la pression sanguine, j'étais naturellement porté à penser que l'écorce grise exerce aussi des influences analogues sur les pupilles. Mais jusqu'à présent je n'ai trouvé, ni chez le chien ni chez le chat, aucun point dont l'excitation produise le rétrécissement de la pupille.

La question du grand sympathique au cou et l'extirpation du ganglion cervical supérieur n'empêchent pas la pupille de se dilater quand on excite l'écorce grise. Cependant cette dilatation est plus faible que celle de la pupille du côté du grand sympathique respecté.

Des sections combinées du trijumeau au-dessus du ganglion de Gasser, de la moelle au niveau de la première vertèbre cervicale, ou du bulbe au-dessus des tubercules quadrijumeaux, le grand sympathique étant coupé et le ganglion cervical supérieur extirpé, n'empêchent pas la dilatation de se produire. Mais, après la section du nerf oculo-moteur ou celle du trijumeau au-dessous du ganglion de Gasser, qui, comme on sait, est le point de passage de toutes les voies dilatatrices, la pupille ne réagit plus, elle reste immobile et dilatée, quel que soit le point de l'écorce grise faradisé.

Tous ces faits me portent à penser que l'écorce grise a une action double : 1° elle produit une action dilatatrice active en exerçant une influence sur le centre dilatateur des pupilles ; 2° elle produit une action dépressive sur le centre constricteur de la pupille placé dans les tubercules quadrijumeaux, toniquement excité, action qui a pour effet une dilatation indirecte des pupilles (1).

Ch. V.

---

## ACADÉMIE DES SCIENCES

### Année 1887

Séance du 3 janvier. — *Recherches expérimentales sur l'intoxication mercurielle. — Lésions des nerfs périphériques dans cette intoxication,* par Maurice Letulle.

Réserves faites au sujet des altérations de la moelle et de l'encéphale dans l'hydrargyrisme chronique, ne voulant pas les étudier dans la présente note, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les paralysies mercurielles diffèrent des paralysies saturnines par plusieurs caractères importants : la conservation

(1) Du reste, Bechterew avait déjà admis hypothétiquement cette action dépressive à propos de l'influence des nerfs sensitifs.

de la contractilité électrique normale, l'absence d'amyotrophie, la persistance des réflexes tendineux;

2° Les lésions mercurielles des nerfs périphériques ont pour caractère spécial la destruction progressive de la myéline avec conservation *peut-être* indéfinie du cylindre-axe, et ce, sans prolifération des noyaux. Ces altérations trophiques sont segmentaires et périaxiles;

3° Mes recherches expérimentales expliquent, peut-être, et la physionomie clinique des parlaysies mercurielles localisées, et leur grande curabilité.

Séance du 24 février. — EMBRYOLOGIE. — *Sur les nerfs craniens d'un embryon humain de trente-deux jours.* Note de M. C. PHISALIN.

En résumé, le paires craniennes sont construites d'après un type absolument comparable aux paires rachidiennes. Les différences apparentes résultent d'une modification secondaire de la disposition primitive, modification due à l'accroissement rapide et précoce du tube médullaire pour constituer le bulbe.

Séance du 31 janvier. — PHYSIOLOGIE. — *Expériences sur les effets des transfusions de sang dans la tête des animaux décapités*, par MM. G. HAYEM et G. BARRIER.

Le résultat général de ces expériences est le suivant :

L'extinction du sentiment et de la volonté parait extrêmement rapide, sinon immédiate, après la décapitation.

La vie consciente peut être entretenue après la décapitation, dans la tête séparée du tronc, à l'aide de l'injection immédiate de sang artériel emprunté à un animal soit de la même espèce, soit d'une espèce différente.

La transfusion du sang, faite dans les conditions que nous venons d'indiquer, dans une tête inerte depuis quelques minutes, fait renaitre des mouvements automatiques et des mouvements réflexes multiples et étendus, mais elle ne peut réveiller ni les sens ni la volonté,

En d'autres termes, la vie consciente est liée à l'activité physiologique d'éléments délicats, dont les manifestations fonctionnelles cessent rapidement après la décapitation et ne peuvent être réveillées dans des conditions où il est possible de faire réapparaître, à l'aide de sang oxygéné, certains actes physiologies, automatiques ou réflexes, dépendant des centres

situés dans la partie médullaire de l'encéphale (bulbe et protubérance).

Une seconde note aura pour objet la description des effets observés dans les transfusions qui sont pratiquées pendant la période agonique.

PHYSIOLOGIE. — *Sur les variations physiologiques diurnes et nocturnes du pouls du cerveau*. Note de MM. RUMMO et FERRANNINI.

Ayant eu l'occasion d'observer deux individus atteints d'une perte de substance de la calotte cranienne résultant d'un traumatisme, nous avons entrepris d'étudier sur ces sujets la façon dont se comportent le pouls et la température du cerveau, le cœur, le pouls et les variations volumétriques de l'avant-bras ou du pied, sous l'influence des substances qui agissent sur le système nerveux central.

Les résultats que nous avons obtenus dans une première série d'expériences sont les suivants :

1° Il y a un cycle dans les variations diurnes et nocturnes du pouls du cerveau.

2° Le matin (de 8 h. à 10 h.), le pouls du cerveau chez le même individu et à la même heure est variable suivant les jours : *tricuspide*, *anacrote*, *catacrote*. Les modifications observées pendant la suite du jour et de la nuit sont différentes suivant les divers types du pouls observés pendant la matinée.

3° Après déjeuner (de 11 h. à 3 h.), il y a un renforcement du pouls du cerveau. qui dure de trois à quatre heures.

4° Dans les dernières heures du jour, de 4 h. à 6 h. du soir, le pouls cérébral offre une moindre tension.

5° Après le dîner (de 6 h. à 10 h. du soir), le pouls se renforce d'une manière considérable.

6° Pendant le sommeil normal, compris chez nos deux sujets, de 10 h. du soir à 6 h. du matin, nous avons relevé trois phases nettement distinctes. Dans une première phase, entre 10 h. du soir et 1 h. du matin, le pouls du cerveau se maintient presque semblable à celui qu'on avait observé après le repas du soir, c'est-à-dire sensiblement renforcé. Dans une deuxième phase (de 1 h. à 4 h. du matin), les différents caractères du pouls indiquent une diminution considérable du tonus des parois des vaisseaux. Dans la troisième phase (de 4 h. a 6 h. du matin), cette diminution du tonus,

qui avait atteint son maximum vers 3 h. 10 m., fait place à un renforcement qui se continue jusqu'au réveil. Le passage d'une de ces phases à la suivante est graduel. Le sommeil le plus profond s'observe pendant la deuxième phase.

7° Au moment du réveil, soit la nuit, soit le matin, nous avons constamment noté une modification du pouls qui persiste peu de minutes après le réveil, et que nous avons dénommée *période spasmodique du pouls cérébral*, et qui consiste en une succession de pulsations très petites et irrégulières dans un espace de temps très court.

8° Cette période passée, on voit chez l'individu réveillé tous les caractères du pouls de la troisième phase.

Dans une autre série de recherches, nous avons provoqué une interversion des heures du sommeil et de la veille, nos sujets dormant le jour et veillant la nuit. Les résultats de quatre séries d'expériences faites à des jours éloignés les uns des autres sont les suivants : 1° pendant la nuit, les sujets éveillés conservent le renforcement du pouls cérébral que nous avions noté chez eux quand ils dormaient jusqu'à minuit ; 2° l'individu continuant à veiller, il s'établit une période d'alternatives de renforcement et d'affaiblissement, jusqu'à ce que cet affaiblissement soit au maximum à 6 h. du matin. A 7 h., les individus ne peuvent résister au sommeil ; 3° on n'observe pas chez les individus qui dorment dans le jour, de 6 h. à 11 h. du matin, les trois phases que nous avons décrites dans le sommeil normal de la nuit. Au contraire, il y a toujours une diminution considérable de la tension du pouls, que nous n'avons jamais vue pendant la veille et le sommeil normal ; 4° au moment du réveil, vers 11 h. du matin, on n'a pas noté la période spasmodique du pouls que nous avions observée au moment du réveil qui suit le sommeil normal.

De ces variations du pouls du cerveau, observées pendant le sommeil normal et interverti au point de vue des heures, nous avons conclu que : 1° le sommeil normal n'est pas accompagné pendant toute sa durée de la même modification de la circulation cérébrale, mais on y observe des variations distinctes en trois phases ; 2° le sommeil interverti s'accompagne d'une diminution notable de la tension du pouls cérébral ; 3° pendant la veille intervertie, si l'individu continue à lutter contre le sommeil, la tension du pouls tend à diminuer de plus en plus.

En ajoutant à ces faits les variations simultanées du cœur, du pouls et les variations pléthysmographiques de l'avant-bras ou du pied, dont nous parlerons ultérieurement, nous pouvons établir la théorie biologique expérimentale du sommeil normal.

Séance du 14 février. — PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Des effets de la transfusion du sang dans la tête des animaux et de l'homme décapités.* Note de M. J.-V. LABORDE.

Les principaux points et résultats de nos recherches sont les suivants :

I. Après avoir répété et varié de plusieurs manières, l'expérience de M. Brown-Séquard sur les animaux de diverses espèces (chien, chat, lapin), et en avoir constaté les résultats invariables et tels que les avait parfaitement et définitivement observés M. Brown-Séquard, nous avons eu l'idée d'interroger directement la substance cérébrale, à la suite de la décapitation, avant et après la restitution de la circulation sanguine, tant chez l'animal en expérimentation que chez l'homme en profitant, autant que possible, pour ce dernier, du supplice de la détroncation.

II. Outre le procédé ancien de transfusion indirecte avec du sang défibriné, nous avons employé pour la première fois, dans ces conditions, comme nous l'avions fait depuis longtemps dans nos recherches de toxicologie expérimentale, le procédé de communication vasculaire directe d'animal à animal, ou de l'animal à l'homme (expériences sur la tête de Menesclou, de Campi, de Gamahut, de Gagny (Troyes), de Heurtevent (Caen).

III. Dans ces expériences sur la tête humaine, qui présentaient un intérêt tout nouveau, *la question étant expérimentalement jugée chez les animaux*, ce n'est pas toujours *une* heure après la décapitation que nous avons pu opérer la transfusion : il nous a été possible de la faire dans un cas (celui de Gamahut) assez tôt pour réveiller l'excitabilité presque éteinte du nerf facial ; et dans un second cas, le plus important, celui de Gagny à Troyes, à partir de la sixième minute après la décapitation, et dans lequel nous avons vu persister les phénomènes d'excitabilité cérébrale durant *cinquante* minutes, c'est-à-dire plus que le double du temps où elle persiste en dehors de la restitution sanguine par transfusion.

IV. Ce dernier fait positif, rapproché des faits négatifs

(Menesclou, Campi, Heurtevent) dans lesquels la transfusion trop tardive n'a pas été capable de ramener la fonction définitivement éteinte des éléments de la substance cérébrale, nous a permis, d'une part, de fixer la véritable limite de cette extinction et de montrer, d'autre part, dans sa réalité, le pouvoir que possède la restitution sanguine de faire revivre et persister cette fonction.

V. La recherche directe de l'excitabilité des éléments nerveux, qui n'avait pas été faite, avant nous, dans ces conditions, était nécessaire pour apprécier la réalité de la persistance ou de la cessation des fonctions cérébrales ; car cette persistance peut avoir lieu alors que toute manifestation extérieure due aux phénomènes d'ordre *réflexe* est abolie ; il suffit, pour cela, de la perte de la sensibilité périphérique, qui est précisément la première à disparaître.

Cette recherche nous a permis, en outre, d'étudier et de déterminer la survie relative des différents points de la masse encéphalo-cérébrale, depuis sa surface jusqu'à sa base, et de montrer ainsi que l'excitabilité des noyaux des nerfs bulbo-protubérantiels est la dernière à s'éteindre.

VI. En ce qui concerne les phénomènes *volontaires* proprement dits, ou de la *vie consciente*, qui ne doivent pas être confondus avec les manifestations extérieures d'ordre réflexe, tels que contractions et spasmes musculaires, mouvements respiratoires des narines, des lèvres, de la langue, etc., il résulte de nos expériences, tant sur les animaux que sur les suppliciés, que, s'il est permis d'entrevoir la possibilité de leur persistance, après la décapitation, cette persistance n'est que de très courte et très rapide durée, et que, pour la faire revivre ou l'empêcher de s'éteindre, la condition expresse est de restituer l'irrigation sanguine immédiatement après la décapitation ou le plus proche possible de celle-ci. La démonstration de cette condition a été le but essentiel et constant de nos recherches, et nous y insistons, à satiété, dans tous nos écrits sur ce sujet.

VII. Rappelons, enfin, que nous avons prévu et indiqué, en passant, la possibilité d'une application pratique de nos expériences dans certains cas d'affections cérébrales graves, anatomiquement caractérisées par l'anémiation ou par l'ischémie (apoplexie, épilepsie ischémiques, par exemple), et dans lesquelles la transfusion encéphalique pourrait avoir une efficacité immédiate et peut-être persistante.

Séance du 14 mars. — PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Expériences sur les effets de transfusions de sang dans la tête des animaux décapités*. Deuxième Note de MM. G. HAYEM et G. BARRIER.

Ces expériences établissent :

1° Que le temps pendant lequel il est possible, après la décapitation, d'entretenir ou de faire réapparaître, à l'aide de la transfusion de sang artériel, l'activité des centres corticaux sensitivo-moteurs, est extrêmement court et environ de dix secondes ;

2° Que la faculté de reprendre une certaine activité sous l'influence de l'apport de sang oxygéné se perd dans les centres encéphaliques de haut en bas, des couches corticales aux foyers bulbaires, et que, à cet égard, le dernier survivant de ces centres, l'*ultimum moriens*, est le noyau inférieur du facial ;

3° Qu'à partir de la douzième minute après la décollation, aucun des centres encéphalo-bulbaires ne répond plus à l'excitation produite par la reconstitution d'une active circulation de sang oxygéné.

PHYSIOLOGIE. — *De la sensibilité de la vessie à l'état normal et patholologique*. Note de M. FÉLIX GUYON.

I. A l'état normal, la sensibilité de la vessie ne se manifeste que par le besoin d'uriner. Établir dans quelles conditions physiologiques ce besoin se produit est le premier et principal objectif de nos recherches.

En voici les conclusions :

1° A l'état physiologique, le besoin d'uriner ne se produit que sous l'influence de la tension des parois de la vessie ; 2° la contraction du muscle vésical précède invariablement la manifestation de ce besoin, qui n'est perçu que lorsque cette contraction est portée à un certain degré ; 3° le besoin d'uriner ne dépend pas de la mise en action d'une sensibilité, en quelque sorte élective, ayant un centre spécial dans un point déterminé de la muqueuse du col ou du corps ; cette sensation a son siège dans la totalité de l'organe.

II. A l'état pathologique, la sensibilité de la vessie est essentiellement constituée :

1° Par l'exaltation de la sensibilité à la tension ; 2° par l'acuité plus ou moins vive de la sensibilité aux contacts.

Séance du 4 avril. — PHYSIOLOGIE. — *Sur divers effets d'irritation de la partie antérieure du cou et, en particulier, la perte de la sensibilité et la mort subite*, par M. BROWN-SÉQUARD. — *Conclusions.* — Il résulte des faits exposés dans cette Note que la peau du cou possède, comme le larynx, mais à un moindre degré, la puissance d'inhiber la sensibilité, et que le larynx, la trachée et peut-être la peau qui les couvre possèdent la puissance de causer la mort, sous une irritation mécanique, de la même manière que le bulbe rachidien.

CH. V.

---

# JOURNAUX ALLEMANDS

## NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

(1886-87)

ADOLPHE STRUEMPELL. REMARQUES SUR LE RAPPORT DU TABES ET DE LA PARALYSIE PROGRESSIVE AVEC LA SYPHILIS. — L'auteur espère que le temps est proche où les adversaires de la théorie Erb.-Fournier sur les rapports du tabes et de la syphilis se rendront enfin à l'évidence. La statistique prouve invinciblement que la plupart des tabétiques sont d'anciens syphilitiques, et cela dans la proportion de 90 %. Le tabes n'est qu'un exemple d'un phénomène qu'on observe très souvent dans la domaine des maladies infectieuses, telles que la diphtérie, le typhus, la dysenterie, etc. Les affections nerveuses consécutives à ces maladies ne dérivent pas directement des baciles qui les ont déterminées, mais vraisemblablement d'un poison chimique dont l'origine dans l'organisme est dans le plus étroit rapport avec les causes de la maladie infectieuse. Pas plus que dans la diphtérie, par exemple, il ne s'agit, dans le tabes, d'une action immédiate des baciles de la syphilis, et ce serait peine perdue que de les chercher dans les cordons postérieurs dégénérés de la moelle épinière. Il est bien plus probable qu'il s'agit de l'action sur la moelle épinière et sur certains nerfs périphériques d'un poison chimique secondairement produit par la syphilis.

On a souvent objecté aux partisans d'un rapport entre le

tabes et la syphilis, que le traitement antisyphilitique est rarement utile dans le tabes, ou ne l'est certainement jamais comme dans des affections syphilitiques. Mais s'est-on demandé si le traitement antisyphilitique n'arrête pas dans le tabes le progrès de l'affection, ne diminue pas le nombre et la durée des conditions morbides qui produisent la dégénération nerveuse? A cet égard, l'auteur est porté à reconnaître une influence favorable au traitement antisyphilitique dans le tabes.

Quant au rapport du tabes avec la paralysie progressive, j'estime que ce qui vient d'être dit du tabes et de la syphilis convient également à la paralysie progressive. Un grand nombre de paralytiques sont d'anciens syphilitiques. La paralysie progressive est, comme l'a dit Moebius, le tabes du cerveau. Les deux maladies présentent une foule de symptômes communs (état des pupilles, des réflexes, des phénomènes spinaux, etc.). Il en est de même des lésions anatomiques. Il croit donc que ce sont des causes de tout point semblables, dérivant presque toujours de la syphilis, qui, dans un cas (dans le tabes), déterminent des lésions dégénératives périphériques ou spinales du système nerveux, dans l'autre (dans la paralysie progressive), des lésions cérébrales de même nature.

Pourquoi cette différence dans la localisation de l'affection? Nous ne le savons pas plus que nous ne savons pourquoi, après une diphtérie, se produit tantôt une paralysie des muscles de l'œil, ou une paralysie du palais, une ataxie ou une parésie des membres inférieurs. Ajoutez que ces affections postdiphtéritiques peuvent se montrer en même temps ou successivement chez le même malade, ce qui fortifie l'analogie avec les dégénérations postsyphilitiques du système nerveux.

Th. Ziehen, d'Iéna. Trouble primitif de la sensibilité dans la démence paralytique. — En étudiant l'état de la sensibilité chez les aliénés, l'auteur a noté que, chez les paralytiques généraux, une piqûre qui est bien localisée sur le moment, détermine au contraire des erreurs considérables de localisation lorsqu'un intervalle de 15 secondes ou plus s'écoule entre la piqûre et la localisation. Dans deux cas de paralysie générale au début, il remarqua, en l'absence de tout autre trouble manifeste de la sensibilité, une différence appréciable de cette « mémoire de la sensibilité » dans les deux côtés du corps. Il voit là un élément de diagnostic pour les cas douteux.

Résultats en tout point semblables, bien que non aussi constants, pour la sensibilité à la pression et la sensibilité thermique. De même que les fonctions motrices de l'écorce sont lésées dans la paralysie générale progressive, le trouble, moindre sans doute, de la sensibilité générale au début de cette affection, ne laisse pas d'intéresser les fonctions de la sensibilité, spécialement la mémoire localisatrice des impressions sensibles.

TH. ZIEHEN. DU RAPPORT DE LA PARALYSIE PROGRESSIVE AVEC LA SYPHILIS. — Sur quinze cents malades de l'hospice des aliénés d'Iéna, Z. a trouvé, après avoir mis du côté tous les cas douteux (démence sénile, alcoolisme chronique, etc.), 100 paralytiques hommes et 13 paralytiques femmes. L'âge moyen des hommes était à l'admission de 39 ans et demi, celui des femmes, 45 ans. Tare héréditaire certaine chez 45 °/₀ des hommes, hérédité directe de la paralysie du père au fils dans deux cas, de la mère au fils dans un cas. Chez 17 °/₀ des hommes, l'alcoolisme avait précédé la paralysie. Il résulte des recherches de Z. que, loin d'être la cause unique de la paralysie progressive, la syphilis joue à peine le même rôle que l'hérédité dans l'étiologie de cette affection. La paralysie est presque toujours l'effet de plusieurs causes. C'est ainsi que, parmi ces 100 cas, il n'y en a que 5 qui relèvent sûrement de la syphilis. La syphilis prédispose évidemment à la paralysie, et l'hérédité aux maladies mentales. Des traumatismes de la tête ont favorisé l'apparition de la paralysie dans 4 cas où la syphilis était sûre ou vraisemblable. Tandis que l'hérédité imprime souvent un caractère spécial au tableau clinique de la paralysie, il n'y a rien de semblable pour les paralytiques syphilitiques. Les paralysies des muscles oculaires s'y montrent bien plus fréquentes, mais elles précédent souvent de tant d'années l'apparition de la paralysie progressive, qu'on peut se demander si elles appartiennent directement au type clinique de cette maladie chez les syphilitiques. Les excès sexuels, l'abus du tabac, etc., ne paraissent avoir aucune influence étiologique; elles n'ont d'influence que sur le cours de la maladie. Dans six cas sur huit de paralysie progressive chez des syphilitiques observés par lui-même, et qui furent traités par le mercure, Z. a vu survenir une rémission de plusieurs mois, qui dure encore en partie aujourd'hui. Avec l'iodure de potassium, la rémission ne se montra que dans la moitié seulement des cas. Avec un traitement non spécifique,

on ne trouve des rémissions de plusieurs mois que dans 20 % des cas. Le traitement par l'ergotine a paru accélérer le délabrement de l'organisme. Dietz a observé récemment aussi les heureux résultats du traitement spécifique, mais il l'attribue surtout à l'iodure de potassium.

W. Bechterew, de Casan. Origine du nerf acoustique et rôle physiologique du nerf vestibulaire. — L'auteur, qui promet une communication prochaine sur l'origine des deux racines de l'acoustique, ne dit ici que peu de choses du nerf cochléaire ; il insiste sur le rôle physiologique du nerf vestibulaire. Depuis Flourens, l'influence des canaux semi-circulaires du labyrinthe sur l'équilibre est bien établie. Beaucoup de physiologistes et l'auteur lui-même, en 1882, ont confirmé ce fait. Mais c'était bien par l'intermédiaire du nerf acoustique que s'exercait cette influence des canaux semi-circulaires sur l'équilibre, car la section de ce nerf chez les animaux provoque des phénomènes de tout point analogues à ceux qu'on observe dans la destruction de ces canaux : mouvements incoercibles faisant tourner l'animal autour de son axe longitudinal du côté opéré, et, dans les intervalles, position particulière des yeux, de la tête, du tronc et des extrémités. Ces faits paraissaient donc bien établis, lorsque dans ces derniers temps S. Baginsky les a soumis à un nouvel examen (*Arch. f. Anat.* (1) *Physiol.;* phys. Ablh., 253-266, 1885) : cet auteur a conclu de ses recherches que les canaux semi-circulaires n'ont absolument aucune part dans ces phénomènes. Tout s'explique, selon lui, par des troubles de circulation et de pression intracranienne et par le fait que, grâce au voisinage du cervelet avec les canaux semi-circulaires, la destruction du labyrinthe s'accompagne d'ordinaire d'une lésion des parties voisines du cerveau. Baginsky conteste, avec les expériences de Bechterew, tous les résultats de celles de Flourens, de Brown-Séquard, de Goltz, de Cyon, etc. Ce qui lui fait considérer comme une erreur le travail de Baginsky, c'est que dans ses expériences sur la section de l'acoustique, B. s'est assuré par un examen attentif *post mortem*, que ni le cervelet ni quelque autre partie de la base du cerveau n'étaient lésés. Seul, le facial ne peut guère éviter d'être lésé dans cette opération : mais la section du facial n'a ici aucune importance, puisqu'elle ne saurait provoquer les mouvements dont il s'agit. Dans le travail où B. a noté les troubles de la motilité observés chez les oiseaux après la destruction des canaux

semi-circulaires, il rappelle que, tous les animaux ayant survécu à l'opération, l'autopsie faite longtemps après n'a fait découvrir absolument aucune lésion du cerveau : il n'y a donc point de doute, selon lui ; il faut rapporter à une affection du labyrinthe les phénomènes décrits d'abord par Flourens, puis par Brown-Séquard, Goltz, Cyon, Loewenberg, etc., et par lui-même. Ainsi, l'idée partagée par le plus grand nombre des auteurs touchant l'influence du labyrinthe et du rameau vestibulaire de l'acoustique sur l'équilibre du corps, n'est rien moins qu'ébranlée par les expériences de Baginsky. D'autre part, le fait déjà signalé par B., que les deux branches du nerf acoustique — le rameau cochléaire et le rameau vestibulaire — se développent dans des périodes différentes de la vie fœtale intra-utérine, apporte une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion suivant laquelle la cochlée et les canaux semi-circulaires possèdent des fonctions différentes.

Jules Soury.

---

# JOURNAUX ANGLAIS

## THE JOURNAL OF MENTAL SCIENCE
(Avril 1887)

Le traitement de la folie, il y a soixante ans, d'après les premiers rapports sur l'asile royal de Dundee, par le Dr James Rorie, directeur médecin de l'asile royal de Dundee.

L'intérêt principal de cette étude rétrospective consiste en ce que l'asile de Dundee fut l'un des premiers construits en Angleterre depuis la réforme du traitement des aliénés, et en ce que cette réforme y fut immédiatement mise en pratique.

Recherches sur le développement normal ou anormal des cellules multipolaires de la couche corticale du cerveau; leur dégénérescence dans la démence sénile, la paralysie générale progressive et la manie aigue, par le Dr Edward Palmer, médecin en chef de l'asile du comté de Lincoln.

Remarques sur l'évolution et l'epuisement des propriétés

SPÉCIALES DU SYSTÈME NERVEUX, par le Dr J. HUGHLINGS JAKSON.

Malgré l'importance habituelle des travaux du Dr H. Jakson, nous ne pouvons donner de celui-ci qu'une indication sommaire, parce qu'il est essentiellement théorique, et si condensé, que pour le bien saisir, il faudrait le rapporter tout entier. Il concerne les différents degrés d'attaques épileptiques, grand mal et petit mal, et les conditions variables de l'état de conscience dans chacun de ces degrés.

UN CAS DE FOLIE MORALE, par le Dr COLIN N. CAMPBELL, directeur médecin de l'asile du district de Perth.

Il s'agit d'un homme, appartenant à une famille de gens excentriques, qui avait toujours été d'un caractère singulier. Sa conduite avait été irrégulière, et il s'était adonné plusieurs fois à l'ivrognerie. Il en vint à concevoir contre ses sœurs des sentiments d'aversion injustifiée, leur fit des menaces qui les effrayèrent, et qui les engagèrent à demander son admission dans l'asile de Perth.

Cet homme n'eut jamais d'idées délirantes proprement dites, en dehors de ses sentiments de malveillance contre ses sœurs. Il s'exaltait facilement et était sujet à des dispositions hypocondriaques.

Le Dr Campbell qualifie son cas de « folie morale », conformément à l'usage reçu en Angleterre, mais déclare préférer le nom de « folie affective ».

## BRAIN

(Avril 1887)

LE « SENS MUSCULAIRE ». — SA NATURE ET SA LOCALISATION CORTICALE, par le Dr CHARLTON-BASTIAN.

L'objet principal de ce mémoire, fort important à consulter, est d'établir que la notion de l'existence de centres des mouvements volontaires est, sinon erronée, du moins incomplètement justifiée par les faits. Ces prétendus centres moteurs ne seraient que des centres sensoriels, où aboutissent les impressions du « sens musculaire », et ils transmettent le mouvement simplement par action réflexe.

# JOURNAUX AMÉRICAINS

## THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE

Novembre et Décembre 1886. — Janvier et Février 1887.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, par le Dr B. SACHS.

On peut, dit l'auteur, diagnostiquer ces tumeurs, au lieu et place d'une myélite, si les symptômes moteurs, sensoriels, ou vaso-moteurs, sont limités à une partie du corps, la tête exceptée, et s'ils restent très longtemps stationnaires. Dans la suite peuvent se montrer à leur tour des signes de myélite.

LA FOLIE MORALE, par le Dr JAS. HEUDRIE LLOYD.

Mémoire concluant à rayer cette appellation de la terminologie médicale, parce qu'elle ne répond plus aux notions de la pathologie mentale.

SUR L'ACTION DU SYSTÈME NERVEUX, par le Dr FRANCIS X. DERCUM.

La notion trop conclusive des localisations est de nature à induire en erreur sur l'action du système nerveux, action dont le mécanisme est *un* et non pas *multiple*. Le système nerveux forme un tout complexe, dont les parties dépendent les unes des autres.

CATATONIE, par le Dr W. P. VERITY, de Chicago.

Sous ce nom, Kahlbaum a décrit, en 1874, une forme de maladie mentale, qu'il prétend donner comme une entité morbide, et dont les caractères sont les suivants :

Troubles intellectuels à type circulaire, mélancoliques et maniaques, avec prédominance des idées de grandeur pendant l'excitation ; mouvement choréiforme, différant de la chorée en ce que la volonté peut les modifier ; enfin accidents tétaniques et cataleptiques, alternant avec les autres dispositions.

Les cas où ces symptômes sont ainsi réunis sont trop peu nombreux pour que la maladie puisse être considérée avec certitude comme une forme spéciale. M. le Dr Vérity en rapporte un, qu'il a observé, et dans lequel le malade eut d'abord de la dépression mélancolique ; au bout de quelques

jours survinrent des accidents tétaniques et convulsifs, qui durèrent environ cinq jours. Ils furent remplacés par des accidents choréiformes qui durèrent un temps à peu près égal. Le malade fut interné dans un asile d'aliénés où il mourut au bout d'un an, sans que le Dr Vérity ait connu la fin de son histoire.

L'ATHÉTOSE, par le Dr GRÆME M. HAMMOND.

Dans un cas qu'il a observé, où l'athétose occupait le bras et la jambe droite, le Dr Græme Hammond, après l'essai infructueux de plusieurs sortes de traitement, pratiqua l'élongation du nerf médian. L'opération fut faite trois fois en quatre ans. Les deux premières fois l'amélioration, très marquée, ne fut que transitoire; la troisième fois elle persistait au bout de seize mois. L'auteur, en préconisant cette pratique de l'élongation, pense néanmoins que dans certains cas elle doit être impuissante, lorsque la cause de l'athétose est dans une lésion essentielle des centres moteurs du cerveau.

SYPHILIS CÉRÉBRO-SPINALE, par le Dr ARTHUR V. MEIGS.

Relation d'un fait remarquable surtout par la dégénérescence généralisée des vaisseaux capillaires et des artérioles.

GUÉRISON DE LA FOLIE CHEZ DES INDIVIDUS AYANT EU DES HÉMATOMES DE L'OREILLE, par le Dr CARLOS F. MAC DONALD, directeur médecin de l'asile de New-York pour les aliénés criminels.

## AMERICAN JOURNAL OF INSANITY

(Janvier 1887)

LES HALLUCINATIONS ET LES ILLUSIONS DES ALIÉNÉS, par le Dr JAMES D. MUNSON, directeur médecin de l'asile de Michigan.

La seule chose à retenir de cet article, qui est fort intéressant, mais ne contient pas de faits nouveaux, c'est que sur 1,339 aliénés soignés à l'asile de Michigan, 381 seulement avaient des hallucinations ou des illusions.

DEUX CAS DE FOLIE PROBABLEMENT ÉPILEPTIQUE, par le Dr THÉO. W. FISHER, directeur de l'asile de Boston.

L'un de ces cas présente cette particularité remarquable que les hallucinations qui affectaient la vue ne se montraient pas du côté droit de la personne malade.

LA FOLIE DE LA PUBERTÉ, par le Dr C. B. BURR, médecin adjoint de l'asile de Michigan.

Cette folie se montre entre quatorze et vingt ans. Le plus rarement elle est primitive et curable; elle est due alors à quelque violente émotion ou à une maladie aiguë. Le plus souvent elle est héréditaire, et c'est une véritable dégénérescence; dans ce dernier cas elle se manifeste fréquemment sous la forme qu'on a appelée *folie morale*, avec prédominance irrésistible des mauvais instincts et des penchants pernicieux. Quelques dégénérés de cette catégorie présentent une folie à forme dépressive; mais cela est rare.

## THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES

(Janvier 1887)

ÉTUDE SUR LE « PHÉNOMÈNE DU GENOU ». EST-CE UN MOUVEMENT RÉFLEXE? par le Dr WARREN P. LOMBARD.

Des expériences très minutieuses, à l'aide d'un appareil habilement construit et dont l'article contient la description, ont conduit l'auteur à reconnaître que le mouvement de recul opéré par la jambe après la percussion du tendon du biceps fémoral, se produit dans un temps environ quatre fois plus court qu'il ne faut à un mouvement réflexe. Après avoir discuté les différentes théories émises sur cette question, M. le Dr Lombard conclut que le *phénomène du genou* est dû à la contraction directe et spontanée du muscle. Il admet cependant que la moelle épinière exerce sur le phénomène une influence constante, de nature reflexe, qui a son origine dans les expansions nerveuses de la peau, du tendon et du muscle, et qui contribue à augmenter la force de la contraction de celui-ci, mais qui néanmoins, dans les conditions normales, ne joue qu'un rôle secondaire.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, par le Dr HENRY HUN, professeur de pathologie nerveuse au collège médical d'Albany.

Six observations, soigneusement recueillies et bien détaillées, confirment ou précisent quelques-uns des résultats acquis dans la connaissance des localisations cérébrales. Les principales prouvent la corrélation des nerfs optiques avec le lobule occipital interne, l'existence dans le lobe temporal des centres de l'audition, du langage écrit ou parlé.

## AMERICAN JOURNAL OF INSANITY.

(Avril 1887)

Observations de paralysie d'origine corticale avec aphasie, par le Dr T. Duncan Greenlees d'Édimbourg.

Quatre observations avec autopsies. Les lésions trouvées, qui étaient principalement du ramollissement, résidaient surtout dans l'hémisphère gauche et affectaient les circonvolutions marginales.

De l'habitude chez les aliénés, par le Dr A. B. Richardson, directeur de l'asile d'aliénés d'Atheus, Ohio.

L'auteur insiste sur la nécessité de régulariser complètetement toutes les habitudes des aliénés ; d'après lui, il n'y en a aucun dont, avec de la persévérance, on ne puisse obtenir des habitudes de bonne tenue, de propreté, de discipline.

Psycho-thérapeutique, par le Dr J. Leslie Tobey.

Courte revue des moyens d'action sur le cerveau, depuis le chloral et l'opium jusqu'au mesmérisme.

Cas remarquable de perte subite de la mémoire, par le Dr F. Pritchard Davies, directeur médecin de l'asile du comté de Kent.

Il s'agit d'un individu, admis dans l'asile, et qui était inconnu au moment de son admission. Il était dans un état d'amnésie complète, ne pouvait ni donner son nom, ni indiquer d'où il venait. Il était atteint d'excitation maniaque, était très désordonné, et, pour l'empêcher de se porter à des violences, on dut recourir à la contrainte. La police l'avait arrêté en cet état.

Il resta pendant quatre mois dans la même amnésie, qui s'amenda peu à peu, sans que la maladie mentale disparût. On put alors savoir qu'il était tombé malade un mois environ avant son internement, et jusqu'alors sa mémoire avait été normale.

Observation d'aliénation mentale consécutive a l'éclampsie puerpérale, par le Dr Charles W. Pilgrim, médecin adjoint de l'asile d'Utica.

## THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE

(Mars à Juin 1887)

Trois cas de manie épileptique, par le Dr J. Chalmers da Costa, médecin adjoint de l'hôpital de Philadelphie.

Dans l'un de ces cas, l'attaque d'épilepsie mettait fin à des accès de manie qui duraient de quelques heures à quelques jours. — Dans le second cas, l'excitation maniaque se développait à la suite d'attaques d'épilepsie. — Dans le troisième, enfin, il y avait alternance d'accès d'épilepsie et d'excitation maniaque, qui semblaient se remplacer mutuellement.

THE NEW-YORK MEDICAL JOURNAL

(25 Juin 1887)

Classification des maladies mentales, par le Dr Ralph L. Parsons, de Greenmont.

Parmi les difficultés que présente la classification des maladies mentales, le Dr Parsons signale principalement celles qui résultent de la coexistence de plusieurs formes de délire dans une même maladie, ou de la succession plus ou moins rapide de plusieurs états morbides chez un même individu.

Il trouve des inconvénients nombreux aux classifications fondées sur l'anatomie pathologique ou sur la psychologie morbide : dans le premier cas, parce que les notions scientifiques sont encore bien incomplètes ; dans le second cas, parce qu'il est très difficile de déterminer à quel point les facultés mentales sont perverties ou oblitérées.

Dans l'état actuel de la science, la classification symptomatique est encore la meilleure, et le Dr Parsons propose de la réduire à quatre termes principaux, l'oligomanie ou délire partiel, la manie, la mélancolie et la démence.

Cette simplification est assurément exagérée, car il est impossible, contrairement à l'avis de l'auteur, de ne pas mettre à part certaines formes morbides déterminées, ne serait-ce que la paralysie générale.

Folie et ovariotomie, par le Dr William M. Leszinsky.

Deux cas d'ovariotomie chez des aliénés. Dans le premier cas, la malade présenta de l'atténuation du trouble mental, mais mourut des suites de l'opération. Dans le second cas, la malade survécut, mais n'éprouva aucun changement dans sa folie.

Le Dr Leszinsky se prononce contre l'applicatien de l'ovariotomie au traitement de l'aliénation mentale.

Dr Victor Parant.

# JOURNAUX RUSSES

## VIESTNIK DE PSYCHIATRIE DU PROFESSEUR MIERZIEWSKY
(1887, nº 1)

UN CAS D'ANGIOSARCOME GÉNÉRALISÉ DES MÉNINGES, par les Drs CHATALOFF ET NICOFOROFF.

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, célibataire, qui n'a jamais été malade avant l'âge de 19 ans. A cet âge, il a quitté la campagne et l'agriculture pour se rendre à Moscou et y exercer la profession de concierge. Après son arrivée à Moscou, il ressentit quelques maux de tête peu intenses et de courte durée, auxquels il ne fit pas attention. Deux ans plus tard il eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu, avec complications cardiaques, et comme trace de cette attaque il lui est resté de l'oppression et des palpitations par moments; mais cet état ne l'empêchait pas de travailler. Une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital, le malade commença à ressentir des douleurs dans le dos, et son mal de tête devint plus tenace et plus pénible; puis, cinq jours avant son entrée, son état s'est brusquement aggravé, le mal de tête devint continu et très violent, et bientôt s'y ajoutèrent des vertiges. des nausées et un affaiblissement des extrémités droites, sans aucun phénomène convulsif du côté de ces membres. Au moment de son entrée, le malade se plaint de vertiges, d'insomnie et de mal de tête; la sensibilité est parfaitement conservée à la tête et à la face; rien du côté des organes des sens, aucune trace d'asymétrie faciale; la parole est libre et claire. La parésie des membres du côté droit est surtout marquée pour les mouvements d'extension, qui sont très limités, mais la sensibilité est conservée dans toute l'étendue des parties parésiées. Les réflexes tendineux sont exagérés des deux côtés, mais surtout du côté droit. La matité du cœur est plus étendue qu'à l'état normal et, à l'ausculation de cet organe, on entend des bruits de souffle, surtout à la base.

Les trois premiers jours après son admission à l'hôpital, le malade allait assez bien; sa parésie diminuait peu à peu et il commençait à marcher et à exécuter quelques mouvements de son bras droit. Mais le matin du quatrième jour, son état

s'aggrava tout d'un coup; après quelques vomissements, il perdit connaissance et sa respiration devint bruyante et embarrassée. On pouvait penser à une attaque d'apoplexie, mais pendant les 24 heures que dura cet état, le malade n'a eu aucun mouvement convulsif. Lorsqu'il revint à lui-même, il accusait un violent mal de tête et des douleurs rachidiennes; ses extrémités droites sont complètement paralysées et il a de fréquentes envies d'uriner. Les urines sont troubles et contiennent du mucus et des globules de pus; température 39°,3. A la paralysie des membres du côté droit s'ajoute bientôt une parésie de la main gauche, mais toujours pas d'anesthésie, ni asymétrie faciale, ni aphasie. Enfin, l'oppression du malade augmente, le pouls devient fréquent, irrégulier, et de plus en plus faible, et le malade succombe 20 jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouve les vaisseaux de la dure-mère crânienne dilatés et gorgés de sang, le sinus longitudinal contient un caillot fibrineux. La dure-mère est libre de toute adhérence avec les méninges sous-jacentes. La pie-mère est couverte par places de plaques blanchâtres qui sont surtout nombreuses à la base du cerveau, au niveau du pont de Varole, de la moelle allongée et du cervelet, mais qui se retrouvent aussi à la surface convexe des hémisphères, dans les régions frontale et pariétale ainsi qu'à leurs faces internes. La dure-mère spinale est normale et n'adhère pas aux méninges sous-jacentes. Quant à ces dernières, elles forment autour de l'organe qu'elles enveloppent un manchon complet qui atteint par places jusqu'à un centimètre d'épaisseur. Ce manchon présente à sa surface des inégalités, des bosselures, des plaques tout à fait analogues à celles que présente la pie-mère cérébrale. Ce manchon diminue d'épaisseur en descendant la moelle, et à la région lombaire il n'est plus représenté que par des plaques isolées qu'on retrouve en grand nombre jusque sur les racines qui constituent la queue de cheval. Sur aucun point ces plaques ne pénètrent dans le tissu de l'organe qu'elles recouvrent. La substance cérébrale est hyperémiée mais sèche au toucher. Des coupes de la moelle démontrent que cet organe est défiguré par places, par suite de la compression de son enveloppe; cette déformation est surtout prononcée à la partie supérieure de la région cervicale, au-dessous de l'entrecroisement des pyramides. A ce niveau, l'épaisseur des enveloppes est plus considérable à

droite qu'à gauche, et la compression s'est surtout produite de droite à gauche ; la substance grise est réduite en ce point à une sorte de gouttière à concavité tournée à gauche, et le canal central de la moelle a disparu. Le cœur est hypertrophié; les valvules aortiques forment un canal à parois rigides avec un orifice très étroit; on trouve sur ces valvules et sur le reste de l'endocarde des traces de phlégmasie récente. Pas de lésions dans les autres organes si ce n'est une rate un peu hypertrophiée.

Des coupes microscopiques convenablement préparées et colorées ont montré que les néoformations de méninges avaient partout les mêmes caractères; elles étaient formées de cellules ayant tout à fait le caractère des cellules épithéliales, et disposées par couches plus ou moins concentriques. Ces cellules avaient pour point de départ tantôt l'adventice des vaisseaux de la pie-mère, tantôt les couches externes de cette membrane, et il n'y avait presque pas de substance intercellulaire. Les caractères de ces cellules, leur disposition et surtout leur point de départ, ont permis de préciser la nature de la néoformation et de la rapporter au groupe des périthéliannes ou angiosarcomes. Dans son développement cette tumeur a produit une compression des parties profondes et leur déformation, mais elle n'a nulle part pénétré dans la substance même de la moelle. La structure intime des parties comprimées n'était pas modifiée, si ce n'est les cellules des cornes antérieures de la moelle à la région cervicale supérieure, qui paraissaient un peu allongées. Cependant la substance blanche, surtout celle du côté droit, présentait des lésions d'une myélite par compression : épaississement notable des parois des vaisseaux, infiltration de corpuscules ronds dans les gaines périvasculaires et leur voisinage, sclérose de la névroglie, et enfin atrophie notable des tubes nerveux, qui par places avaient complètement disparu. Mais ces lésions n'existaient que sur une très petite étendue de la moelle et tout à fait à la périphérie de cet organe. Sur tous les autres points, les néoformations ne faisaient que couvrir les parties profondes sans y adhérer aucunement, et laissant libre passage aux racines des nerfs rachidiens, qui n'étaient nullement altérées.

Comment peut-on concilier ces lésions trouvées à l'autopsie avec l'évolution si rapide et presque aiguë de la maladie? Les auteurs proposent l'explication suivante.

Les néoformations qui entouraient les centres nerveux, ne produisaient aucun trouble là où elles ne faisaient que recouvrir ces parties. De même la compression lente et graduelle était pendant longtemps compatible avec l'accomplissement des fonctions des centres nerveux, comme on le voit souvent dans les cas de tumeurs à évolution lente. Mais lorsque la compression a atteint une certaine limite, le moindre accident peut rompre brusquement cet état d'équilibre instable. C'est ce qui est arrivé dans notre cas : la nouvelle poussée d'endocardite, dont la trace a été trouvée à l'autopsie, fut probablement la cause de troubles circulatoires du côté des centres nerveux, troubles qui expliquent jusqu'à un certain point la symptomatologie et l'évolution bizarre de la maladie. On ne trouve dans la littérature que deux observations de lésions de ce genre : une publiée en 1825 par Ollivier, l'autre par Schülze en 1885.

## VRATCH

(nº 50, 1886)

### Sur les lésions du système nerveux central produites chez les animaux par l'application d'une couche de vernis sur la surface cutanée, par le Dr Anfimoff.

Ces expériences ont été instituées à la clinique du prof. Mierziewski, elles portent sur des chiens et des lapins, dont la surface cutanée a été enduite en partie ou en totalité d'une couche de vernis. A l'autopsie, l'examen des préparations microscopiques durcies montre les lésions suivantes : 1° hyperhémie et tuméfaction, trouble des tissus et surtout de la substance grise du cerveau ; les capillaires sont remplis de sang, entourés d'un exsudat abondant et de nombreux leucocytes sortis par diapédèse ; 2° des hémorragies capillaires très nombreuses dans la substance grise de la moelle, surtout au niveau de l'entrée des racines antérieures dans les cornes antérieures de cet organe ; 3° dégénérescence des cellules nerveuses, dont les unes présentent des vacuoles et ont des formes bizarres, tandis que les autres sont arrondies, se colorent mal, et plusieurs d'entre elles sont réduites à leur noyau. Les préparations fraîches montrent une dégénérescence graisseuse des parois des vaisseaux.

RUSSKAIA MÉDITZINA 1886

Sur le traitement de la dipsomanie par la strychnine, par Savatzky.

L'auteur rapporte l'observation de quatre cas de dipsomanie invétérée qu'il a traités par la strychnine à la dose de 0,006 mill. par jour, en deux fois (granules de sulfate de strychnine). Le traitement a été continué pendant deux mois sans interruption et les quatre malades ont tous été guéris de leurs accès. Cette guérison dure depuis déjà plus d'un an.

Klein.

---

# JOURNAUX ITALIENS

REVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA ET DI MEDICINA LEGALE.

(Fasc. III. 1886)

La suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille par M. C. Petrazzani.

Le mémoire de M. Petrazzani contient trois observations intéressantes. Le premier concerne une jeune fille de 18 ans, hystéro-épileptique, que la suggestion guérit instantanément d'une rétention d'urine et des matières fécales nécessitant depuis 45 jours le cathétérisme et des lavements répétés. La seconde est relative à une autre hystéro-épileptique, hémianesthésique, qui fut atteinte d'une paralysie du diaphragme à la suite d'une vive émotion morale, paralysie que la suggestion dissipa en quelques séances, malheureusement il y eut rechute. Chez cette malade, la suggestion faite dans le but de rappeler la sensibilité dans le côté anesthésié, amena au réveil une algesie très pénible qu'une nouvelle suggestion guérit. La troisième malade, hystérique elle aussi, à la suite de chagrins, fut prise de spasmes de l'œsophage et du diaphragme avec toux canine; l'alimentation se trouvait ainsi entravée. La fixation du regard et la pression des globes oculaires amenait un état de demi-sommeil qui enrayait les spas-

mes et permettait de nourrir la malade, mais seul, le Dr Petrazzani obtenait ce résultat. Les tentatives faites par d'autres médecins distingués, échouèrent toutes. Au bout d'une semaine, le médecin italien annonça son prochain départ et la malade fit un voyage d'agrément. Une guérison complète fut ainsi obtenue. Les longues considérations qui accompagnent ces trois observations ne sont qu'un exposé de l'état actuel de la science sur la question des suggestions.

Sur les dégénérations descendantes consécutives aux lésions expérimentales des diverses zones de la couche corticale du cerveau, par MM. Vittorio Marchi et Giovanni Algeri.

De leurs expériences, MM. Marchi et Algeri tirent les conclusions suivantes. Dans les lésions expérimentales de la zone motrice chez les animaux, la dégénérescence occupe les deux faisceaux pyramidaux avec prédominance du côté opposé à la lésion, le faisceau antérieur direct et enfin quelques fibres du faisceau de Burdach opposé à la lésion. Chez les chiens, la lésion faite à un centimètre et demi environ du sillon crucial (zone intermédiaire) amène, outre la dégénérescence partielle du faisceau pyramidal croisé, une dégénérescence très marquée des cordons postérieurs limitée aux cordons de Burdach, et aussi celle d'autres fibres éparses çà et là dans toute l'épaisseur de la moelle épinière. Chez les aninaux opérés dans la zone corticale postérieure ou occipitale, la dégénérescence est pour ainsi dire tout à fait absente dans les cordons antérieurs et latéraux, tandis qu'elle est très marquée dans les cordons de Burdach, et qu'elle se montre dans quelques rares fibres des cordons de Goll. Il résulterait de ces constatations, d'après MM. Marchi et Algeri, qu'à la lésion d'un point donné de la couche corticale ne correspond pas une simple dégénérescence secondaire systématique d'un faisceau de fibres, comme on le croit de nos jours pour le faisceau pyramidal dans les lésions de la zone motrice, mais qu'il y a aussi des dégénérescences partielles de ce faisceau dues à des lésions d'autres zones corticales, de telle sorte qu'à toute lésion corticale correspond (par les anastomoses qui relient si étroitement les zones les unes aux autres) une dégénérescence diffuse qui sera plus marquée dans les fibres plus étroitement en rapport avec les cellules nerveuses lésées.

Dégénérescence fasciculée descendante consécutive a une lésion en foyer de la couche corticale du cervelet par M. Alessandro Borghieni.

Dans un cas de lésion localisée à la couche corticale du cervelet, M. Borghierini a constaté une dégénérescence fasciculée centrifuge analogue à celle qui succède aux lésions de la zone motrice de la couche corticale du cerveau. Il en conclut que le cervelet donne naissance à des fibres propres et n'est pas seulement une station de passage des fibres qui vont de la moelle au cerveau ou vice versa. Le Dr Hess a observé un cas qui vient à l'appui de la constatation faite par le médecin italien.

Un cas d'alcoolisme chronique par MM. Gaetano Cappelli et Raffaele Brugia.

C'est l'observation détaillée d'un alcoolique chronique qui, dans une discussion avec sa belle-mère, l'a frappée d'un coup de couteau dont elle mourut. L'accusé, héréditaire, était atteint depuis sa jeunesse de dipsomanie périodique, et ses excès morbides de boissons fortes avaient affecté ses facultés intellectuelles et morales. Il était dans un de ses accès de dipsomanie quand le crime fut commis. Le ministère public abandonna l'accusation.

Tentative d'assassinat. Imbécillité épileptique par M. Ruggero Tamtrani.

Observation intéressante d'un imbécile épileptique qui, sous l'influence d'un mobile passionnel d'ordre physiologique, vengeance d'amour, commit une tentative d'assassinat avec préméditation et ruse. Malgré ce concours de circonstances, l'expert conclut avec raison à l'irresponsabilité en se basant sur ce que l'épilepsie avait déterminé chez l'accusé une imbécillité tant morale qu'intellectuelle, qui ne lui permettait ni d'exercer sur ses passions et ses impulsions un contrôle efficace, ni de les réprimer.

Affaire du Dr Giuseppe C..., par M. Clodomiro Bonfigli.

Le Dr Giuseppe C... était accusé de l'assassinat de son épouse et d'une autre femme. Les premiers experts conclurent que le double crime avait été commis à l'improviste, sous l'influence d'un *raptus melancholicus* chez un lypémaniaque. Le Dr Bonfigli accepte l'existence chez l'accusé d'un état névropathique et d'une impulsion subite, mais au lieu de la rat-

tacher à la mélancolie, il la croit née de la colère et arrive par là à des conclusions évasives, tandis que les premiers experts réclamaient l'irresponsabilité. Il déclare que, selon toute probabilité, le Dr C... était tout à fait irresponsable quand il assassina son épouse et irresponsable en grande partie lors du second crime. L'espace ne me permet pas de suivre le médecin italien dans sa longue et subtile discussion, mais je suis convaincu que des conclusions comme celles du Dr Bonfigli ne peuvent donner de l'autorité à la médecine légale des aliénés.

## ARCHIVIO ITALIANO PER LE MALATTIE NERVOSE

(Fasc. V. et VI, 1886)

Les amnésies, par M. C. Poggi.

L'auteur conclut de ses recherches que de nos jours, on n'est pas autorisé à considérer l'amnésie comme une forme d'aphasie sensorielle, encore moins comme une aphasie motrice. Il incline à croire que, générale ou partielle, elle est produite par l'altération fonctionnelle plus ou moins grave des différents centres sensoriels, moteurs, tactiles, etc., etc., avec participation nécessaire des facultés intellectuelles. Le sujet de la mémoire serait donc indéterminé.

De la liberté humaine par M. A. Verga.

M. Verga s'efforce d'établir dans ce mémoire l'existence chez l'homme d'une liberté relative et conditionnée. Il ne nous a pas semblé que l'éminent aliéniste italien apportât dans ce débat des arguments nouveaux. A quoi bon d'ailleurs agiter cette question dans un journal scientifique ? La psychologie positive contemporaine ne la proclame-t-elle pas en dehors et au-dessus de la science ?

Du poids des hémisphères cérébraux chez les aliénés par M. Guiseppe Seppilli.

Les recherches de M. Seppilli ont porté sur 390 cerveaux : 215 h. et 175 f. Les hémisphères étaient égaux en poids dans la proportion de 14 3 p. 0/0, et inégaux dans la proportion de 85 6 p. 0/0. L'hémisphère droit l'emportait dans 45 6 0/0 des cas, et le gauche dans 40 0/0, proportions identiques dans les deux sexes. De ces chiffres, M. Seppilli conclut que chez les aliénés de l'un et l'autre sexe, l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux constitue la règle, mais que cette inégalité

n'est pas plus en faveur d'un hémisphère que de l'autre. M. Seppilli a constaté en outre qu'elle se rencontre surtout dans l'imbécilité épileptique (96 p. 0/0), la folie sénile (92 8 0/0) la folie épileptique (94 4 0/0), la folie paralytique (96 9 0/0), et la folie pellagreuse (87 2 0/0). Les inégalités les plus accentuées ont été rencontrées chez les épileptiques et les déments séniles. D'après le savant aliéniste italien, ce qui caractérise le cerveau de l'aliéné, ce n'est pas tant la prédominance de l'hémisphère droit sur le gauche. A cet égard, il croit qu'aucune différence n'existe entre le fou et le sain d'esprit; que la différence de poids qui est très faible chez l'homme raisonnable, devient très marquée chez l'aliéné.

Quelques cas de folie a guérison brusque, par le professeur Raggi Antigono et le Dr Bergonzoli Francesco.

Les auteurs trouvent que l'attention n'est pas suffisamment appelée sur les guérisons brusques. Ils rapportent sept cas où elles ont eu lieu tout d'un coup, le plus souvent à la suite d'un état émotionnel imprévu. Dans un, la séquestration datait de sept ans, dans un autre, de cinq ans, et dans un troisième, de quatre ans; ces guérisons auraient donc été en même temps des guérisons tardives. Il est spécifié dans l'observation 3, que depuis quatre ans, l'état mental reste satisfaisant, et dans l'observation 4, depuis deux ans.

De la céphalée des adolescents, par M. Venanzio Federico.

Pour l'auteur, la céphalée des adolescents n'est pas une maladie spéciale, mais une simple manifestation de neurasthénie cérébrale, en rapport avec l'âge des malades. Il détaille sept cas dans lesquels elle était liée à des habitudes solitaires et disparut avec elles, puis trois autres, où la cause étant le surmenage intellectuel, la guérison s'obtint par le repos.

Dr E. Marandon de Montyel.

---

# BIBLIOGRAPHIE

**On Aphasia**, par le Dr James Ross, médecin adjoint de l'Hospice-Royal de Manchester

En écrivant cette monographie, l'auteur semble avoir eu pour but principal de présenter une théorie nouvelle de

l'aphasie. Mais son œuvre a d'autres mérites dont nous voulons essayer de donner une idée.

La première partie, qui comprend l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'aphasie, s'appuie sur une dizaine d'observations, personnelles à l'auteur, très soigneusement recueillies, et qui n'ont qu'un défaut, celui de n'avoir pas été complétées par l'examen nécroscopique.

M. le Dr Ross, décrit deux sortes d'aphasie :

1° L'*Aphasie motrice;* elle comprend les cas où l'individu ne peut communiquer ses idées, ni par le langage articulé (*aphémie*), ni par l'écriture (*agraphie*), ni par la mimique (*amimie*).

2° L'*Aphasie sensorielle*, qui consiste dans le défaut de perception des diverses expressions du langage.

L'aphasie motrice et l'aphasie sensorielle sont souvent réunies, et leur combinaison constitue comme une troisième sorte d'aphasie.

L'étude anatomo-pathologique de l'aphasie porte sur la *nature* et sur la *localisation* des lésions qui ont donné lieu au phénomène morbide.

L'aphasie peut résulter soit d'un trouble fonctionnel, soit d'une lésion organique du cerveau. Lorsqu'elle est d'origine fonctionnelle, on la voit survenir à la suite des grands ébranlements de la masse cérébrale, dans l'épilepsie, dans les diverses sortes de convulsions, dans les émotions vives, dans certaines maladies fébriles, dans quelques intoxications. Lorsqu'elle est de nature organique, elle provient de l'altération ou de la destruction d'une partie du cerveau.

La localisation des lésions propres à l'aphasie n'est point absolue. Dans le plus grand nombre des cas, ces lésions se trouvent dans l'hémisphère cérébral gauche; quelquefois elles ont été rencontrées dans l'hémisphère droit. Avec la plupart des auteurs, M. le Dr James Ross admet que l'aphasie motrice est due ordinairement à une lésion de la troisième circonvolution frontale. La simultanéité fréquente de l'aphasie motrice et de l'agraphie permet d'établir que les centres de l'une et de l'autre fonction sont contigus; mais cependant ils ne se confondent pas. Les lésions propres à l'aphasie sensorielle, se rencontrent surtout dans les circonvolutions marginales.

Le chapitre de physiologie pathologique est écrit avec beaucoup de méthode; l'analyse du symptôme aphasie est

faite avec soin et les différents degrés en sont parfaitement établis.

Dans l'aphasie motrice, chaque variété présente des degrés différents.

L'aphémie au premier degré consiste dans la perte d'une partie du langage. Un individu qui savait plusieurs langues avant d'être atteint d'aphémie, ne pouvait plus ensuite en parler qu'une seule. D'autres ont perdu l'usage de quelques mots, et les expriment par des circonlocutions; d'où le nom de *paraphasie* donné à cette variété morbide. Au second degré, l'aphasique ne s'exprime plus que par monosyllabes. Au troisième degré, il peut répéter quelques mots, mais n'en trouve plus lui-même. Au quatrième degré, il a perdu complètement la faculté d'exprimer ses idées par des mots. Toutefois, s'il n'a pas de langage, il peut encore émettre des sons, des mots, qui sont étrangers à ses idées. Enfin, au cinquième degré, il ne peut plus faire ni l'un ni l'autre.

L'agraphie morbide présente des degrés correspondant à ceux de l'aphémie.

L'aphasie sensorielle est moins facile à analyser physiologiquement que l'aphasie morbide. Elle présente trois variétés. Dans la première, l'individu, tout en ayant conscience des faits, des choses, a perdu le souvenir des mots qui les expriment. La seconde variété, que l'auteur nomme cécité psychique, consiste dans l'impossibilité plus ou moins grande de se représenter à l'esprit les formes, les couleurs des choses, ou bien encore de lire l'écriture ou les caractères imprimés (cécité verbale), enfin même de voir certains objets. La troisième variété, ou surdité psychique, fait porter sur le sens de l'ouïe des lacunes analogues à celles du sens de la vue.

Différents degrés sont également décrits par l'auteur dans la paraphasie, ainsi que dans trois autres variétés de désordres, auxquelles il donne le nom de paralexie, paragraphie, paramimie, et qui consistent dans l'emploi erroné des mots ou dans l'usage des circonlocutions propres à exprimer des idées par la parole, l'écriture ou la mimique.

La dernière partie de l'ouvrage concerne l'étude théorique de l'aphasie. L'analyse de cette partie est très difficile; tout y est si important et si bien enchaîné, qu'il faudrait tout reproduire. Nous en indiquerons seulement les données principales.

Bien des théories ont été déjà émises sur l'aphasie. M. le Dr Ross met en première ligne celle de Küssmaul et de Charcot, qui sont presque identiques, et dont les auteurs expliquent tous les désordres de l'aphasie, par des lésions des centres moteurs ou des fibres nerveuses qui les unissent.

M. le Dr Ross rejette complètement la théorie de Broadbent, qui a cherché à établir, en dehors des centres moteurs, l'existence de centres de direction, de coordination. Mais ces centres, dont l'existence n'est nullement probable, n'interviennent que pour compliquer les explications, sans donner une raison suffisante de tous les phénomènes.

L'auteur expose à son tour ses idées. Il soutient d'abord, avec beaucoup d'autorité, cette notion, que tous les troubles de l'aphasie, quels qu'ils soient, sont des troubles paralytiques.

Pour l'aphasie motrice et l'agraphie, il est facile de l'établir, et de montrer que la paralysie de la parole est analogue à celle des membres. Du reste, l'une et l'autre sont souvent associées. Les mouvements des membres, comme l'exercice de la parole, sont affaire d'éducation, plus ou moins développés, plus ou moins perfectionnés, suivant les individus. La paralysie de la parole varie d'intensité, comme la paralysie motrice, et ses variations constituent les divers degrés d'aphémie. L'une et l'autre peuvent également s'amender par une nouvelle éducation, lorsque les lésions qui les ont déterminées ne sont pas trop étendues ou trop profondes.

Il est bien évident que l'aphasie motrice, ainsi admise comme paralysie de la parole ou suppression des éléments propres à la fonction verbale, n'implique pas la paralysie des muscles propres à l'articulation et à l'émission des mots.

Ces mêmes muscles peuvent encore servir à la déglutition, par exemple, parce que les centres cérébraux des mouvements de cette dernière fonction ne sont pas confondus avec les autres.

La notion de paralysie est moins facile à établir pour les différentes formes d'aphasie sensorielle. Cependant elle peut se comprendre, et M. le Dr Ross en donne une raison physiologique excellente, qui assimile l'acquisition des facultés sensorielles à l'acquisition des facultés morbides, et en fait une affaire d'éducation. « Je lis couramment le français, dit-il, mais je ne comprends presque rien à la langue parlée;

de même, j'ai beaucoup de peine à trouver spontanément les mots français. » Cette disposition est semblable à celle des individus qui, ayant appris à lire et à entendre une langue étrangère, perdent subitement leurs aptitudes à cet égard, lorsqu'il sont atteints d'aphasie sensorielle. Dans un cas, les centres cérébraux n'ont pas été exercés à fonctionner, dans l'autre, ils ne peuvent ou ne savent plus le faire. Le malade atteint de cécité verbale est semblable à l'individu mis devant une page d'histoire, sans connaître la langue, auquel les caractères ne disent absolument rien.

L'aphasie étant ainsi présentée comme une paralysie, M. le Dr James Ross fait l'application directe aux diverses variétés d'aphasie. Il refuse d'admettre qu'il y ait des centres strictement déterminés et circonscrits pour chaque mouvement ou chaque impression sensorielle; mais il reconnaît que la région postérieure du cerveau est destinée à recevoir les incitations extérieures, tandis que les régions moyenne et antérieure servent de point de départ aux actes qui résultent de ces incitations.

A ces diverses régions aboutissent des fibres centripètes ou centrifuges, dont les lésions donnent lieu aux phénomènes variés de l'aphasie.

Cette doctrine rend-elle mieux compte de l'aphasie que les doctrines de Küssmaul et de Charcot? En dehors de la notion de paralysie, qui est simple, et par conséquent nette, elle n'apporte en réalité aucun nouvel éclaircissement à la question. Tant qu'on raisonnera sur des hypothèses, relativement aux fonctions des différentes parties du cerveau, toutes les explications pourront être bonnes, sans qu'aucune peut-être exprime réellement la vérité.

Dans la préface de son ouvrage, M. le Dr James Ross déclare qu'il n'a pas eu la prétention d'épuiser tout ce qui concerne l'aphasie. Effectivement on pourrait, entre autres choses, lui faire quelques griefs d'avoir trop sommairement parlé des maladies importantes auxquelles appartient ce symptôme. Malgré cette lacune, sa monographie n'en est pas moins une œuvre digne d'attention, égale, sinon supérieure à toutes les monographies écrites sur le même sujet.

Quelle que soit la valeur de la partie théorique, nous en accordons une plus grande à celle qui comprend la physiologie pathologique de l'aphasie.

On la consultera avec fruit, toutes les fois qu'on voudra faire l'analyse et avoir une idée complète de ce symptôme morbide, qui est certainement l'un des plus curieux de la pathologie nerveuse.

Dr Victor Parant.

---

## THÈSES DE DOCTORAT

### PRÉSENTÉES ET SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

*Ayant trait aux maladies mentales et nerveuses*

---

N° 2. Rivière. — De l'anesthésie et de l'atrophie testiculaires dans l'ataxie locomotrice progressive. 3 novembre 1886.

N° 5. Sudre. — Contribution à l'étude des conditions dans lesquelles se produisent la commotion et la contusion cérébrales. 5 novembre 1886.

N° 11. Dichas. — Étude de la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique (spontané ou provoqué). 24 novembre 1886.

N° 15. Rolland. — Quelques considérations sur les lésions traumatiques du crâne. 31 décembre 1886.

N° 20. Libouroux. — Contribution à l'étude de la maladie dite de Madura, considérée comme une trophonévrose. 17 décembre 1886.

N° 27. Lafforgue. — Contribution à l'étude médico-légale de l'hypnotisme. 7 février 1887.

N° 28. Puybaret. — Contribution à l'étude des paralysies dans la fièvre typhoïde. 11 février 1887.

N° 29. Tissié. — Les aliénés voyageurs. Essai médico-psychologique. 16 février 1887.

N° 32. Rétière. — Influence de la névrose hystériforme sur les fonctions de la sécrétion rénale. 25 février 1887.

N° 40. Lechtovitz. — Recherches cliniques sur les anesthésies hystériques des muqueuses et de quelques organes des sens (goût, odorat, ouïe), et sur les zones hystérogènes des muqueuses. 28 mars 1887.

N° 45. Heuzé. — Contribution à l'étude des troubles intellectuels pendant la fièvre typhoïde et de la folie consécutive. 22 avril 1887.

N° 46. Metge. — Pathogénie et traitement des atrophies musculaires consécutives aux fractures. 25 avril 1887.

N° 61. Barineyre. — De quelques cas d'atrophie musculaire unilatérale et de leur traitement par l'électricité. 6 juin 1887.

N° 63. Bombart. — Les familles d'épileptiques. 8 juin 1887.

N° 64. Proux. — Contribution à l'étude de la paraplégie précoce d'origine syphilitique. 10 juin 1887.

N° 70. CROSSOUARD. — Étude à l'appui de l'origine infectieuse du tétanos et en particulier de son origine équine. 20 juin 1887.

N° 93. PISCHER. — Du rappel de la parole chez les aphasiques. 27 juillet 1887.

N° 94. MOULINIÉ. — Les dégustateurs en Gironde et l'alcoolisme professionnel. 27 juillet 1887.

N° 95. PEYTOUREAU. — La glande pinéale et le troisième œil des vertèbres (avec 42 figures dans le texte). 27 juillet 1887.

N° 101. BLANC FONTENILLE. — Étude sur une forme particulière de délire hystérique (Délire avec ecmnésie). 29 juillet 1887.

N° 102. GRASSET. — Étude clinique sur les troubles de la sensibilité cutanée chez les alcooliques. 29 juillet 1887.

N° 107. FOSSY. — Considération sur l'état mental dans le diabète. 30 juillet 1887.

N° 114. DUPUY. — Des idées ambitieuses dans l'état mental consécutif à la folie alcoolique. 30 juillet 1887.

---

# NOUVELLES

---

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

*Arrêté ministériel du 5 juillet 1887 :* M. le Dr GUILBERT, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde), est nommé directeur de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. Deswatines, et maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.).

M. le Dr DENIZET, directeur de l'asile du Mans (Sarthe), est nommé directeur de l'asile de Cadillac, en remplacemant de M. Guilbert, et maintenu dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

M. le Dr CORTYL, médecin en chef directeur de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé directeur de l'asile de Bailleul (Nord), en remplacement de M. Leblond, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire. M. le Dr Cortyl est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade.

M. le Dr GIRAUD, médecin en chef, directeur de l'asile de Fains (Meuse), est nommé médecin en chef directeur de l'asile de Saint-Yon, en remplacement de M. le Dr Cortyl, et promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.).

M. le Dr Caillau, médecin adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé médecin en chef directeur de l'asile de Fains, en remplacement de M. Giraud, et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.).

*Arrêté ministériel du 3 août 1887* : M. le Dr Girma, médecin adjoint de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), est nommé médecin adjoint à Saint-Yon (Seine-Inférieure), en remplacement de M. le Dr Barandon, mis en disponibilité sur sa demande. M. Girma est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.).

M. le Dr Lemoine, agrégé de la Faculté de Lille, médecin adjoint de l'asile d'Armentières, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bailleul, en remplacement de M. le Dr Garnier, nommé médecin en chef directeur de l'asile de la Charité.

M. le Dr Gilbert Petit, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin adjoint de l'asile d'Armentières, en remplacement de M. le Dr Lemoine, et a été placé dans la 2e classe du cadre (2.400).

M. le Dr Brusque, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Vaucluse, est promu à la classe exceptionnelle du cadre, pour prendre rang à partir du 1er mai 1887

*Arrêté du 6 août.* — M. le Dr Legrain, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin adjoint à l'asile de Vaucluse, en remplacement de M. le Dr Kevaval, mis en disponibilité sur sa demande. M. Legrain est placé dans la 2e classe de son grade (2,400 fr.).

Distinctions honorifiques. — *Décret du* 13 *juillet* 1887. Sur la proposition du ministre de l'intérieur, sont nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

M. Fagniez (Léon), sous-chef de bureau des aliénés à l'administration centrale du ministère de l'Intérieur.

M. le Dr Espiau de Lamaestre, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard.

*Arrêté du ministre de l'instruction publique du* 10 *juillet* 1887. — Est nommé officier de l'instruction publique, M. le Dr Hospital (Pierre), médecin de l'hospice des aliénés de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), délégué cantonal.

— Est nommé officier d'académie, M. le Dr Doutrebente, médecin en chef directeur de l'asile de Blois (Loir-et-Loir). Tous nos compliments à notre ami.

— Sur la proposition du ministre de l'agriculture, est

nommé chevalier du Mérite agricole, M. le Dr DUFOUR, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Jura), conseiller général, président et fondateur de la société d'élevage de la Mure.

CHIRURGIEN DES ASILES DE LA SEINE. — Notre ami le Dr PICQUÉ, chirurgien adjoint des asiles d'aliénés de la Seine, vient d'être nommé, à la suite d'un brillant concours, chirurgien des hôpitaux de Paris. Nous sommes heureux de lui adresser nos félicitations.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés : chef de clinique des maladies du système nerveux : M. le docteur GILLES DE LA TOURETTE, en remplacement de M. Babinski, dont le temps d'exercice est expiré ; chef de clinique adjoint, M. le Dr BERBEZ.

HOMMAGE A PUSSIN. — Le 3 août dernier a eu lieu à l'hospice de Bicêtre, à l'occasion de la distribution des prix aux élèves de l'école municipale d'infirmiers et d'infirmières, l'inauguration de la plaque commémorative érigée en l'honneur du surveillant PUSSIN. Cette plaque, en marbre noir, porte, gravée en lettres d'or, l'inscription suivante :

LE 3 AOUT 1887
MONSIEUR POUBELLE ÉTANT PRÉFET DE LA SEINE
MONSIEUR PEYRON, DIRECTEUR DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE
DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
CETTE PLAQUE A ÉTÉ PLACÉE EN MÉMOIRE DE
JEAN-BAPTISTE PUSSIN
SURVEILLANT A BICÊTRE
(DU 27 AVRIL 1780 AU 20 MAI 1802)
APPELÉ PAR PINEL : SON PLUS FIDÈLE COLLABORATEUR
ET PAR PARIZET : LE PRÉCURSEUR DE PINEL

M. le Préfet de la Seine a prononcé un discours dont nous extrayons les passages suivants :

« Cette inscription est destinée à perpétuer le souvenir de l'un de vos prédécesseurs, qui, entré comme malade dans cette maison, y guérit, s'y attacha au point de ne vouloir plus le quitter et devint digne d'être appelé par Pinel « son « meilleur collaborateur. »

« En inaugurant cette inscription, nous ne voulons pas seulement honorer l'un de vos prédécesseurs, nous entendons aussi vous rappeler les exemples de dévouement, de patience et d'humanité qu'il a donnés. Nous espérons trouver parmi vous des continuateurs de Pussin, qui mériteront d'inscrire leur nom à côté du sien sur les feuillets de pierre du livre que nous ouvrons aujourd'hui.

---

# NÉCROLOGIE

---

### G. ROBINET

Le 28 juillet dernier, ont eu lieu, au milieu d'une grande affluence, les obsèques du Dr Gabriel Robinet, vice-président du Conseil municipal de Paris, membre du Conseil général de la Seine. Robinet, auquel aucune question d'assistance publique n'était étrangère, s'était plus spécialement consacré à l'organisation du service des aliénés, et, depuis plusieurs années, il avait été constamment chargé par ses collègues de la 3e commission, de faire le rapport annuel sur cette importante question. Nous ne saurions rien ajouter aux éloquents discours qui ont été prononcés sur sa tombe, et nous ne pouvons que joindre notre sincère hommage aux regrets unanimes que sa mort a provoqués. Tous ceux qui comme nous ont été à même d'apprécier son extrême obligeance, la noblesse de son caractère et la générosité de ses sentiments, garderont de lui un long souvenir.

Ch. V.

---

### *Publications récentes :*

Sensation et mouvement, études expérimentales de psycho-mécanique par Ch. Févé, médecin de Bicêtre. 1887, in-18 jésus, 168 pages avec 44 graphiques. Alcan.

Impulsions, amnésies, responsabilité chez les aliénés, observations prises à l'Asile Sainte-Anne (service de M. Magnan), par Edm. Blaise, docteur en médecine. 1887, in-8, 96 pages. Davy.

---

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer.

# L'ENCEPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES


---

## DES LÉSIONS DE LA MORPHINOMANIE

*Et de la présence de la morphine dans les viscères*


Par M. B. BALL (1)


Les travaux qui depuis un quart de siècle ont été consacrés à l'étude de la morphinomanie, nous ont apporté la connaissance presque complète des troubles qui caractérisent cet état morbide chez le sujet vivant. Mais, par contre, il est certain que l'étude des lésions anatomiques n'a point donné jusqu'à présent de résultats satisfaisants.

Les autopsies de morphinomanes sont relativement peu communes, et l'on peut dire que, jusqu'à présent, aucune donnée fondamentale, aucun fait vraiment caractéristique n'a été mis en lumière. On a signalé surtout l'état graisseux du cœur; on a signalé la phtisie morphinique et la fréquence des lésions pulmonaires soit aiguës, soit chroniques; on a signalé les gangrènes des membres et les abcès profonds; on a signalé la carie dentaire ; on a signalé l'œdème cérébral

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 18 octobre 1887.

qui existe incontestablement, mais qui peut être considéré comme une lésion banale dans les affections du système nerveux. Mais la très grande majorité des observateurs n'ont point constaté la présence de la morphine dans les viscères après la mort.

Un événement malheureux, qui vient de se produire dans mon service, m'a fourni l'occasion d'étudier cette partie encore assez obscure de la question, et je viens apporter à l'Académie le tribut de mes recherches. Mais comme le côté clinique et pratique de cette observation me paraît offrir un intérêt considérable et qui se rattache directement aux faits de la cause, je me propose de la publier plus tard, avec tous les détails qu'elle comporte. Je ne veux appeler aujourd'hui l'attention de l'Académie que sur les points les plus essentiels.

Il y a dix ans, je recevais dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine une jeune hystérique âgée de seize ans. L'histoire de cette malade a déjà été effleurée dans mes leçons. Pour le moment, je ne veux retenir que ce qui touche à la morphinomanie.

Parmi les accidents multiples dont elle avait à souffrir, l'un des plus pénibles était une fissure à l'anus, qui lui causait de très vives douleurs.

Transférée dans un service de chirurgie pour y subir un traitement devenu nécessaire, elle fut soumise à des injections hypodermiques de morphine; et lorsqu'elle revint guérie des suites de l'opération, dans un service de médecine, elle avait contracté les habitudes qui l'ont tyrannisée pendant tout le reste de sa vie. Elle prenait alors par la voie hypodermique une dose journalière de 8 centigrammes de chlorhydrate de morphine; et le bien-être qui résultait de ces pratiques en avait rendu la continuation inévitable.

Je croyais devoir rapporter à cette époque l'origine de ses habitudes ; j'ai appris plus tard qu'il fallait les ramener à une date beaucoup plus éloignée dans le passé, et que, selon toute probabilité, elle était morphinomane dès l'âge de douze ans.

Quoiqu'il en soit, soumise à des injections de morphine à dose élevée, elle a vu disparaître la plupart des symptômes qui caractérisent sa maladie nerveuse.

Elle présentait, en effet, des accidents convulsifs, qui ont complètement cessé. Elle offrait une anesthésie complète du

tégument externe qui a également disparu. Elle éprouvait des douleurs vives dans les ovaires, ainsi que dans l'appareil génital, qui ont également cédé à l'emploi de la morphine.

Enfin, elle était profondément gastralgique et dyspeptique, et sous l'influence de la morphine les fonctions digestives ont repris leur état normal.

Elle pouvait donc avoir l'illusion d'une santé parfaite, d'autant plus que ses forces musculaires étaient considérables : elle en a donné la preuve en faisant le voyage de Bruxelles à Paris, et, plus tard, celui de Paris à Bordeaux.

Mais, à la longue, les effets habituels de la morphine se sont manifestés. Il a fallu sans cesse en augmenter les doses, et dans les derniers temps elle était arrivée à en prendre 2 grammes par jour. Non seulement sa santé se trouvait considérablement ébranlée, mais la situation précaire dans laquelle elle vivait depuis longtemps ne lui permettait guère de supporter une dépense aussi considérable.

Elle est donc entrée volontairement à la clinique de Sainte-Anne, dans le but de se corriger. Elle prenait à ce moment (le 26 mai 1887) 1 gramme de chlorhydrate de morphine par jour.

Nous l'avons immédiatement placée sous une surveillance rigoureuse, autant pour empêcher l'ingestion clandestine du poison d'habitude que pour lui faire immédiatement porter les secours que pouvait nécessiter son état.

Certains troubles cérébraux ont aussi contribué à rendre son placement nécessaire. Il y avait eu, en effet, deux tentatives de suicide.

Selon le désir de la malade, on a d'abord tenté la suppression immédiate et complète. Mais au troisième jour, on vit brusquement se produire tous les accidents du collapsus : refroidissement des extrémités, affablissement du pouls, sueurs profuses, diarrhée et vomissements. La température était tombée à 36°,6 ; les battements du cœur, quoique très faibles, étaient encore perceptibles, mais les mouvements respiratoires avaient cessé.

Une piqûre de morphine fut aussitôt pratiquée, et au bout de deux minutes la crise était conjurée.

A partir de ce moment (29 mai) on eut recours à la suppression progressive et graduée. La dose journalière, fixée d'abord à 30 centigrammes, fut diminuée d'un centigramme.

Pour combattre l'insomnie et l'agitation, on administra des

lavements de bromure de potassium et de chloral à la dose de 1 gramme. Enfin, les tracés sphygmographiques ayant accusé à l'époque de son entrée la courbe spéciale sur laquelle l'attention de l'Académie a déjà été attirée, on prescrivit le sulfate de spartéine à la dose de 20 centigrammes par jour.

Le traitement a duré quarante-deux jours. La malade paraissait jouir pendant cet espace de temps d'une santé régulière. Elle a eu cependant quelques attaques d'hystérie. Mais les faits les plus importants à noter sont, d'abord : le *besoin* de morphine revenant par accès et toujours accompagné d'angoisse, d'inquiétude, de tristesse morale ; aussi, plus d'une fois, nous avons dû revenir sur nos pas et céder provisoirement aux désirs de la malade en augmentant de nouveau la dose ; ensuite, une tendance syncopale qui s'est manifestée deux fois et qui a été immédiatement arrêtée par de nouvelles injections ; enfin, une tentative de suicide aussitôt déjouée et qui avait pour cause le malaise physique et moral éprouvé par notre morphinomane.

Le 10 juillet, la suppression était complète. La malade était dans un état satisfaisant en apparence. Les injections de sulfate de spartéine avaient été discontinuées, et le pouls, à ce moment. était normal.

Pendant douze jours, la santé n'a été troublée que par quelques malaises digestifs et quelques accidents hystériques.

La veille de sa mort, elle a passé une très bonne journée; elle était gaie, elle chantait, se promenait dans le jardin et causait avec ses voisines.

Le 25, au matin, elle se lève à cinq heures et, après s'être habillée toute seule, elle déjeune de fort bon appétit et va se promener au jardin. Vers neuf heures et demie, elle rentre et demande à la surveillante la permission de sé recoucher, se plaignant d'avoir un peu froid.

Quelques instants plus tard, les voisines entendent un gémissement étouffé et sont frappées par l'expression sinistre de la physionomie de la malade. On appelle immédiatement la surveillante qui la trouve en état de collapsus, la face pâle, les lèvres cyanosées, les yeux saillants, la bouche largement entr'ouverte, et en proie à une dyspnée effroyable. Aussitôt de nombreuses piqûres de morphine furent pratiquées, et l'interne du service, M. le Dr Klein, fut appelé ; mais lorsque ce jeune médecin arriva auprès de la malade, la vie avait complètement cessé.

L'autopsie d'une femme jeune, vigoureuse, et qui n'avait jamais eu d'enfants, ne devait pas naturellement offrir de nombreuses lésions. La plupart des organes étaient à l'état sain.

Le cœur ne présentait aucune lésion des orifices, aucune dilatation des ventricules; mais il offrait une surcharge graisseuse très considérable. Le myocarde était d'une teinte pâle, et l'examen histologique a montré un commencement d'altération graisseuse de ses fibres, mais cette lésion était encore très peu prononcée.

L'aorte, d'ailleurs saine, offrait un diamètre peu considérable à son origine (0,019$^{mm}$).

L'examen microscopique des centres nerveux (cerveau, bulbe, moelle épinière) n'a révélé aucune altération des éléments histologiques. Tout au plus avons-nous constaté un léger degré de congestion du bulbe, et surtout de la pie-mère dont il est revêtu. Point d'épanchements séreux, point de foyers hémorragiques.

Il existait un œdème prononcé du cerveau.

Les reins et le foie présentaient leurs caractères normaux, mais quelques cellules hépatiques avaient subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

L'état graisseux du cœur, déjà signalé chez les morphinomanes, est donc la seule lésion de quelque importance que nous ait révélée l'autopsie. Mais cette altération n'avait pas atteint un degré suffisant pour expliquer à elle seule la mort.

L'examen chimique nous a révélé un fait beaucoup plus intéressant; nous voulons parler de la présence de la morphine dans les organes. Nous en avons trouvé des traces non douteuses dans les centres nerveux, dans la rate et dans les reins; mais c'est surtout dans le foie que l'agent toxique paraît s'être accumulé. En effet, nous avons obtenu, en traitant ce viscère par l'eau et par l'alcool, un liquide qui présentait de la manière la plus nette toutes les réactions de la morphine.

S'il s'était agi d'une expertise médico-légale, nous aurions dû recueillir la morphine en nature pour en affirmer la présence.

Mais ce qui est au moins absolument démontré, c'est qu'il existait dans le foie une substance offrant les réactions caractéristiques de cet alcaloïde, et nous croyons être autorisé

à conclure, en présence de tous les faits de la cause, que les organes en renfermaient encore une quantité appréciable.

Pour constater la présence de la morphine, nous avons pris un gros fragment du foie, et, après l'avoir pilé dans un mortier, nous l'avons traité successivement par l'eau distillée et par l'alcool. Après avoir ainsi épuisé la matière, une partie du liquide a été distillée en s'assurant, au moyen des réactifs, que la morphine ne passait point à la distillation, puis la portion restante a été réduite à consistance sirupeuse évaporée à l'étuve à une très basse température. Une fois l'évaporation terminée, le résidu a été repris par l'alcool absolu. Ce liquide décoloré, passé au filtre, évaporé de nouveau, a été repris par l'eau, et nous avons pu constater qu'il existait de la morphine, par les réactions suivantes :

Le réactif de Bouchardat — Iodure de potassium ioduré — nous a donnè un précipité blanc légèrement jaunâtre.

Le réactif de Marmé — Iodure double de cadmium et potassium — a donné un précipité blanc floconneux.

Le réactif de Hessler — Iodure double de mercure et de potassium — a donné un précipité blanc jaunâtre.

Le réactif de Frohde (dissolution de 1 décigramme de molybdate de soude dans 100 centimètres cubes d'acide sulfurique) nous a donné une coloration violette.

Le perchlorure d'or a donné un précipité jaune qui a blêmi ensuite et a viré au violet.

En mettant notre solution en contact avec une solution faible d'acide iodique, il y a eu décomposition et mise en liberté d'une certaine quantité d'iode, ce que nous avons pu constater par le papier d'amidon.

Enfin, le perchlorure de fer a donné la réaction violette caractéristique avec une très grande intensité.

Ces deux dernières réactions nous semblent démontrer, de la manière la plus évidente, la présence de la morphine dans le liquide analysé.

Ces recherches ont été faites par mon chef de laboratoire, M. le Dr Bellangé.

Ainsi donc, après treize jours d'abstinence complète, il existait encore de la morphine dans les viscères. Il paraît établi, d'après cette observation, que ce poison peut quelquefois, sinon toujours, séjourner longtemps dans les tissus après avoir pénétré dans l'économie, et la présence de ce poison dans les organes pourrait expliquer, par une sorte

d'auto-intoxication, les accidents tardifs qui s'observent quelquefois chez les morphinomanes, longtemps après la cessation de l'abus. On a vu, en effet, des malades succomber en état de collapsus, plusieurs jours après une guérison apparente. On pourrait expliquer de la même manière le retour de certains symptômes qui sont également produits par l'abus de la morphine et par l'abstinence.

En dehors de toute hypothèse, il résulte au moins de ces faits une conséquence pratique : c'est que les toniques du cœur jouent un rôle des plus importants dans le traitement de la morphinomanie et qu'il est absolument indispensable d'administrer, soit la spartéine, soit un autre médicament cardiaque, non seulement pendant la durée de la suppression graduelle, mais longtemps après la suppresssion totale. En effet, le malade, au moment où il cesse de pratiquer des injections, n'est pas encore guéri, non seulement parce qu'il peut facilement retourner à son vice habituel, mais encore parce qu'il peut ne pas avoir complètement éliminé le poison, et qu'il est exposé à des surprises qui peuvent aboutir quelquefois à une issue fatale. Il faut donc, pendant toute la durée de la convalescence, soutenir par des moyens appropriés l'énergie défaillante du cœur.

Enfin, les faits tels que celui qui vient d'être rapporté démontrent jusqu'à l'évidence les dangers de la suppression brusque. Car si la suppression graduelle peut elle-même exposer le malade à des dangers sérieux, à plus forte raison faut-il proscrire la méthode brutale, autrefois préconisée. En présence des enseignements de l'expérience, le médecin qui reviendrait aujourd'hui à ce système de traitement ne pècherait plus par ignorance, mais par témérité.

---

# LES ÉMOTIONS

## CHEZ LES SUJETS EN ÉTAT D'HYPNOTISME

**ÉTUDES DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE**

**Faites à l'aide de substances médicamenteuses ou toxiques**

**IMPRESSIONNANT A DISTANCE LES RÉSEAUX NERVEUX PÉRIPHÉRIQUES**

**Par J. LUYS**

**Membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité**

AVEC LES PLANCHES III A VII (1)

## III. — SYMPTOMATOLOGIE

### *De la sollicitation des régions émotives.*

Après avoir exposé comme nous venons de le faire, les procédés techniques et la véritable méthode à employer pour la conduite régulière dans la sollicitation expérimentale des régions émotives de l'organisme, nous allons entrer dans le cœur même de la question et chercher à préciser ce que nous entendons au point de vue de la physiologie cérébrale par régions émotives.

Parmi les différentes manifestations de l'activité mentale, il est un groupe tout spécial de phénomènes ner-

(1) Voyez *Encéphale*, 1887, page 513.

veux qui jouent à l'état de veille comme à l'état de sommeil, dans nos rêves, un rôle de premier ordre, et qui constituent par cela même un des chapitres les plus nets et les plus intéressants de la vie psychique, je veux parler des phénomènes émotifs dont l'ensemble constitue l'émotivité (1).

Ces phénomènes sont caractérisés par les réactions fatales et autonomiques de notre sensorium, en présence d'une impression extérieure qui suscite l'activité de ses réseaux, lesquels sont doués, ainsi que je l'ai indiqué déjà, d'une véritable autonomie et je dirai même d'une localisation spéciale dans un territoire de l'écorce, ainsi que j'ai essayé de le démontrer dans mes précédents travaux (2).

Le rôle physiologique de ces régions émotives du cerveau, mis tout d'abord en saillie par Guislain (3), dans ses remarquables leçons sur les phrénopathies, a jusqu'à présent, en dehors des médecins aliénistes, sollicité à peine l'attention des physiologistes et des médecins cliniciens. Et cependant, pour peu qu'on y réfléchisse, que de choses inconnues cette étude est capable de nous révéler et combien certains problèmes, obscurs encore de notre vie psychique, se trouvent grâce à elle éclairés d'un jour tout nouveau.

(1) Luys, *Traité de pathologie mentale*, page 113, de l'Émotivité normale et de la surexcitation incoercible des facultés émotives.

(2) J'ai publié en effet, il y a quelques années déjà dans l'*Encéphale*, 1881, sous le titre d'*hémiplégies émotives* un certain nombre de cas suivis d'autopsie, dans lesquels je rapportais l'histoire de ces hémiplégiques larmoyants qui pleurent aussitôt qu'on leur adresse la parole, ou bien qu'on s'approche d'eux. J'ai signalé ce fait très intéressant, c'est qu'il s'agit, dans presque tous ces cas, d'hémiplégies gauches qui portent par conséquent dans le lobe droit du cerveau des lésions fixes exclusivement localisées au niveau des circonvolutions de l'insula et de la première temporale.

(3) Suivant Guislain la dénomination de *sens émotif* est synonyme de *Gemuls* des allemands, de l'*animus* des latins, du Θυμός des grecs. — *Leçons sur les phrénopathies*, t. II, page 123.

A l'état normal en effet ce sont ces mêmes régions émotives qui sous le nom d'émotions variées en dehors de notre propre volonté entrent, *motu proprio*, en période d'éréthisme. Elles s'élèvent, elles s'abaissent dans leurs manifestations, sans aucune participation de notre moi conscient, et elles constituent alors dans tous les actes de notre vie courante une véritable puissance indisciplinée qui s'ébranle malgré nous, s'exalte soudainement et devient ainsi participante à toutes les phases de la vie que nous traversons.

Nous ne pouvons pas en effet ne pas sentir les chocs incessants qui nous impressionnent, et nous sommes soumis tous tant que nous sommes, plus ou moins suivant notre nature, notre âge, notre puissance sur nous-mêmes, à cette aveugle domination des régions émotives de notre for intérieur qui règnent en souveraines et s'imposent, le jour comme la nuit, à tous les moments de notre existence.

Ne savons-nous pas tous que ces émotions qui émergent de notre sensibilité intime éclatent malgré nous sur notre visage, dans notre attitude et dans nos gestes? Et cette puissance émotive se révèle encore malgré nous avec une force d'expansion incoercible dans certaines conditions spéciales, alors que rationnellement parlant elle n'a aucune raison de se développer.

C'est ainsi qu'au théâtre, par exemple, alors que nous savons parfaitement que tout ce qui se déroule sous nos yeux n'est qu'une simple fiction, à un moment donné, aux périodes pathétiques, nous sommes entraînés invinciblement par l'émotion provoquée; et alors ces mêmes régions émotives de notre être, artificiellement sollicitées, s'associent fatalement aux mouvements du drame en action et trahissent, tantôt par des larmes discrètes tantôt par des mouvements respiratoires anxieux, les divers

états d'ébranlement par lesquels elles se trouvent ainsi sollicitées.

C'est ainsi que la vue de certaines douleurs physiques développe incontinent en nous le sentiment de la pitié et de la commisération, que dans les grandes assemblées l'éloquence en action développe chez l'auditoire des courants sympathiques, que la vue d'un symbole qui nous rappelle certains souvenirs gais ou tristes de notre existence sollicite d'elle-même un concert de sentiments appropriés ; qu'à un moment donné, lorsque nous sommes en voyage, et que dans un pays étranger, par exemple, où après une longue absence nous voyons flotter le drapeau national, nous sommes vivement émus à la vue de ces couleurs qui nous rappellent la patrie absente. Sans vouloir multiplier toute la gamme des émotions que sont susceptibles de mettre en jeu les différentes cordes de notre sensibilité intime, nous arrivons à voir que cette puissance émotive qui revêt en nous des modalités si variées est une puissance autonome, incoercible et soustraite complètement à l'action de la personnalité psychique et de notre volonté qu'elle domine entièrement (1).

Ceci posé, n'est-ce pas là un phénomène bien étrange que de voir, dans la série des expériences que nous allons exposer, combien ces forces automatiques des

(1) Mais c'est souvent dans le domaine de la pathologie mentale que cette indépendance des régions émotives se manifeste avec une intensité des plus significatives. Ce sont elles qui seules se mettent en éréthisme, comme un foyer d'excitation morbide qui s'allume isolément dans sa sphère d'action propre en laissant indemnes les autres départements de l'écorce. Qui de nous n'a présent à l'esprit ces cas si caractéristiques de lypémanie anxieuse, dans lesquels on voit les malheureux patients, arrivant à un état d'hyperexcitabilité extrême, se lamenter sans cesse et exhaler sous mille formes, leurs incessantes anxiétés, alors que leur intelligence est demeurée intacte et qu'ils assistent désespérés à cette dissociation de leur être, à ces mouvements émotifs qui les dominent et dont ils ne peuvent modérer les écarts ?

régions émotives de notre être qui, à l'état normal comme à l'état pathologique, ont une action si puissante, sont susceptibles à un moment donné, d'être isolées et étudiées à part, comme on étudie les fonctions de la sensibilité sur les nerfs sensitifs et les fonctions de la motricité sur les nerfs moteurs ? Elles deviennent en un mot maniables à volonté et cela sans que l'individu en ait connaissance. Il devient donc possible de développer chez l'individu hypnotisé, sans qu'il en ait la moindre conscience, les départements divers de son émotivité, et de faire vibrer alternativement les notes gaies et les notes tristes de son être, de faire apparaître les émotions de la joie, du plaisir, de la colère, de l'appréhension vague, de la tristesse la plus profonde, etc.....

Et, chose bien remarquable, toute cette gamme d'émotions mimiques va se développer à froid, en silence, d'une façon fatale, comme un processus réflexe, sans la moindre participation consciente du sujet qui, à son réveil, n'en conserve aucun souvenir. Ce sont là évidemment des phénomènes très saisissants, dont le récit touche à l'invraisemblance et qui laissent dans l'esprit de ceux qui les voient pour la première fois, une impression très légitime de suspicion et d'inquiétude vague.

Ces prémisses étant posées, avant d'aborder directement la question de l'action des médicaments à distance chez les sujets hypnotisés, je pense qu'il est indispensable, pour bien embrasser le sujet qui nous occupe, de montrer par certaines transitions comment la sollicitation artificielle des émotions sous l'action des subtances médicamenteuses n'est pas sans avoir quelques points de contact avec certains phénomènes que l'on rencontre dans la pratique normale des actions hypnotiques.

Nous allons voir dans le récit des expériences, que les substances médicamenteuses tenues à une certaine

distance déterminent sur le système musculaire soit des convulsions cloniques, soit des convulsions toniques.

Eh bien ! — dans les phases léthargiques de l'hypnotisme on constate des manifestations musculaires de même ordre, manifestations si caractéristiques et dont M. Charcot le premier a démontré la valeur séméiologique indiscutable sous le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire (1). Cette hyperexcitabilité neuro-musculaire, en effet, qui se manifeste d'une façon si énergique sur certains groupes de muscles, est susceptible d'apparaître normalement sous l'influence de certains attouchements légers venant frôler directement le muscle (ce sont principalement les muscles du bras et de l'avant-bras qui sont le siège de ces manifestations hyperesthésiques). — Il n'en est pas toujours ainsi et chez des sujets bien cultivés dont l'hyperexcitabilité musculaire est portée à un état d'exaltation extrême, on voit alors la contracture se développer à distance par la présence du doigt de l'hypnotiseur tenu à trois ou quatre centimètres du muscle. C'est ici un véritable rendement de l'action d'un corps agissant à distance sur le muscle d'un sujet hypnotisé.

Un simple courant d'air (2), ainsi que l'a démontré Dumontpallier, la présence d'un rayon lumineux dardé sur l'avant-bras, suffisent à produire des phénomènes de même ordre. Un petit aimant placé dans un vase de verre et présenté à une distance de trois ou quatre centimètres de la peau de l'avant-bras, a produit, dans une certaine série de mes expériences à distance, la raideur des muscles, etc. On peut donc déjà reconnaître qu'un sujet hypnotisé, placé dans la période de léthargie, a le

(1) Charcot et Paul Richer. *Archives de neurologie*, t. II, III, IV. Contributions à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques : des Phénomènes de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

(2) Dumontpallier. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1881, 82, 83 et 84.

système musculaire doué d'une réceptivité spéciale et porté à un état d'hyperexcitabilité tel qu'il est susceptible de réagir sous l'action des ébranlements les plus minimes et de forces infinitésimales agissant à distance et sans contact direct avec lui.

Dans la phase suivante, dite de catalepsie, les phénomènes qui apparaissent commencent à devenir plus complexes ; ce n'est pas seulement l'état de la contractilité musculaire qui est modifié ; les réactions somatiques passent sur un autre théâtre et on peut dire que dans ce nouvel état l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la période précédente a quitté les régions musculaires pour gagner les régions émotives.

On sait en effet combien dans cet état spécial les sujets sont aptes à conserver les attitudes expressives qu'on leur imprime, combien ils traduisent, sans parler ni entendre, par des gestes automatiques, les émotions déterminées de joie, de colère qu'on leur communique. Les facultés émotives sont donc devenues malléables à la volonté de l'expérimentateur, il en dispose à son gré et les sollicite dans le sens qui lui plaît.

Ce n'est pas ici la fibre musculaire qui se trouve portée à un degré d'excitabilité ultra-physiologique, ce sont d'autres régions du système nerveux dans lesquelles la suractivité fonctionnelle se développe. Ce sont les régions émotives elles-mêmes qui jouent le principal rôle et arrivent alors à une période d'exaltation extrême ; le moindre petit appel qui leur est fait, suffit à les mettre en éréthisme et à développer leurs aptitudes latentes. Il semble que dans cette phase les forces vives qui mettaient précédemment le système musculaire en état d'hyperexcitabilité, aient émigré dans ces régions nouvelles et s'y soient canton-

nées. — C'est là, en effet, qu'elles ont élu domicile, et pour peu qu'on sache formuler les interrogations avec méthode, on est immédiatement frappé des changements qui se sont opérés dans l'état neurologique du sujet et dans la façon nouvelle dont il réagit. Ainsi, dès maintenant sans faire aucun attouchement direct, sans prononcer une parole, on peut mettre en activité les régions émotives de son être qui entrent incontinent en jeu. On peut développer chez lui les émotions de joie, d'aversion, d'étonnement, de satisfaction, de colère, etc., et tout cela par le seul fait de la présentation à distance de certaines images variées représentant soit des physionomies tristes ou exprimant l'hilarité. S'agit-il d'un dessin représentant une personne en période de tristesse, le sujet la contemple, la fixe avec stupeur, et quand on suit les mouvements qui s'opèrent en lui on voit sa figure qui se met à l'unisson, qui se contracte, ses yeux deviennent immobiles en fixant l'image et, peu à peu, continue-t-on l'expérience, des larmes apparaissent et démontrent ainsi la légitimité de l'impression latente.

S'agit-il d'un dessin exprimant une physionomie gaie, c'est une série de phénomènes inverses qui se déroulent alors ; le sujet contemple le dessin, il s'en impressionne peu à peu, on le voit se dérider, l'expansion des traits s'opère sur son visage, son regard s'éclaircit et peu à peu des éclats de rire viennent compléter le tableau de cette mimique de la gaieté.

De ces expériences que l'on peut varier de façon multiple, on voit déjà que l'on peut agir à distance sur le sensorium d'un sujet en état d'hypnotisme, et c'est la lumière, ce sont les impressions de l'éther qui, agissant à distance sur la périphérie nerveuse de la rétine, sollicitent alors ces réactions variées des régions émotives

qui se mettent ainsi, automatiquement, à l'unisson des sollicitations qui leur viennent du dehors.

Il est encore un phénomène, propre à la période cataleptique normale, qu'il est très important de connaître pour pouvoir apprécier sans trop grand étonnement certaines manifestations similaires en présence desquelles on se trouve naturellement amené à la pratique des médicaments à distance. C'est ce qu'on appelle la *prise* du regard.

On sait, en effet, que lorsqu'un sujet est en état cataleptique, si ses yeux se trouvent fixés, soit sur ceux de l'expérimentateur, soit sur un objet brillant quelconque, un bouton métallique, un bouchon de carafe, ses yeux sont en quelque sorte immobilisés sur le point brillant. Ils ne peuvent plus se détacher de la radiation lumineuse par laquelle ils sont attirés. On peut alors le conduire, le faire aller avec soi, et il vous suit comme l'aiguille aimantée suit son aimant. C'est une force d'emprunt qui le tient en éveil et le soutient. Tant que l'objet brillant est devant lui tout va bien, mais vient-on inopinément à faire disparaître cet objet brillant, on voit alors se former un phénomène étrange : le sujet est tout à coup désorienté, il est inquiet, il devient titubant, et si vous n'y prenez garde vous le voyez à l'instant tomber à vos pieds comme foudroyé, et il reste inerte, les yeux fermés, sans dire un mot, sans un cri, sans aucune émotion; et si on l'examine alors, on constate qu'il est revenu d'emblée en période de léthargie. Que s'est-il donc passé? Il y a encore eu là un phénomène d'action à distance produit par la radiation lumineuse agissant sur la rétine d'abord, et sur le cerveau ensuite. C'est cette radiation lumineuse qui seule alors actionnait le système nerveux et le tenait en éveil; et la soustraction brusque de cette force stimulatrice a

anéanti incontinent son activité, comme la soustraction du courant électrique dans un électro-aimant amène la chute du morceau de fer doux qui se trouvait maintenu par lui.

Nous verrons par l'exposé des expériences ultérieures combien ces étranges phénomènes de l'hypnotisme normal servent à éclairer les différentes phases qu'elles peuvent présenter. Ils leurs enlèvent, par la comparaison avec certains phénomènes connus, ce qu'elles peuvent avoir d'insolite et d'extra-physiologique quand on n'a pas la notion exacte de l'évolution des phases normales de l'hypnotisme. Nous verrons donc des phénomènes similaires se produire, nous verrons des sujets, actionnés par certaines substances tenues à distance dans des tubes de verre, fascinés en quelque sorte comme ils le sont par un objet brillant, aller, venir, parler, réciter des vers, chanter quelques airs et se maintenir ainsi en période d'éréthisme intellectuel pendant un certain temps par l'action stimulatrice d'une substance donnée, et nous les verrons facilement devenir inopinément silencieux, hésitants si l'on vient à enlever subitement ladite substance, et tomber inopinément comme foudroyés, en léthargie, si l'on vient à l'éloigner tout à fait (1).

Ces explications étant ainsi données comme théorèmes préparatoires, servant de transition entre l'étude de

(1) Il est bon de noter que lorsqu'on a affaire à un sujet hémianesthésique (ce qui est assez fréquent chez les hystériques hypnotisables), les réactions des régions émotives sont différentes à gauche et à droite, elles sont dédoublées. Le sujet, par exemple, une fois en léthargie, si on excite le tégument cutané d'un côté soit sur la face, soit sur la peau du bras, par des attouchements légers, on détermine du côté correspondant une expression de gaieté avec rires ; et si on opère du côté opposé on détermine des expressions de tristesse accompagnées quelquefois de sanglots. (Pl. V, fig. 17 et 18.) Il est bon d'avoir ces particularités présentes à l'esprit pour se rendre compte des différentes réactions émotives que l'on obtient chez les sujets mis en présence de substances médicamenteuses.

l'hypnotisme normal et l'étude de l'hypnotisme extra-normal, voyons maintenant comment les choses se passent lorsque les expériences sont mises en activité et que l'on assiste à la sollicitation expérimentale des régions émotives de l'être vivant.

Les réactions produites sur l'organisme hypnotisé par l'action à distance des substances stimulatrices, se présentent sous deux modalités bien tranchées. Elles sont ou silencieuses ou loquaces.

Dès la première série de faits, suivant la constitution propre du sujet, suivant son impressionnabilité intime et la nature de la substance employée, les phénomènes réactionnels évoluent d'eux-mêmes en silence ; et le sujet, ne dépassant pas la période léthargique et cataleptique qui est ordinairement muette, ne s'élève pas jusqu'à la phase de somnambulisme lucide dans laquelle les sujets entendent et parlent. Tous les phénomènes réactionnels se développent en lui d'une façon silencieuse et calme, comme s'il s'agissait d'un automate dont les ressorts montés dans une certaine direction se mettent d'eux-mêmes en action. Les yeux seuls sont ouverts et vivants, et par leur regard qui laisse transpercer les émotions intérieures, on reconnaît la graduation des activités cérébrales sous-jacentes. La morphine, la valériane, la strichnine, la spartéine, le bromure de potassium, etc., produisent des réactions de cette espèce.

Dans la seconde série de faits, alors que la susceptibilité du sujet est plus exaltée, ou que l'action de la substance employée a un lien d'action différent, on le voit s'élever d'un cran dans l'échelle des phénomènes hypnotiques. Il remonte alors à la phase de somnambulisme lucide; il entend, il entre en communication orale avec le monde extérieur et, tout en restant incon-

scient et incapable d'enregistrer et de conserver les impressions qui se passent en lui, il parle, il répond, et par les réactions coordonnées il donne aux personnes qui ne sont pas habituées à voir ces phénomènes, l'illusion de la vie réelle et les apparences d'un état de conscience parfaitement accusé. C'est ainsi qu'agissent le café, le haschisch, les spiritueux de toute espèce et toutes les substances en un mot qui paraissent avoir particulièrement une action élective sur les régions intellectuelles.

## I

Dans le premier cas, une fois que le tube a été promené sur les différents territoires nerveux périphériques, les phénomènes expressifs se développent d'une façon plus ou moins rapide, pour arriver au maximum d'effet ; d'autres fois, lente à se traduire, l'action de la substance s'accumule en silence et éclate tout d'un coup en convulsions saccadées. Et tout cela se passe d'une façon absolument silencieuse. Ce sont ordinairement les expressions de crainte et d'effroi qui dominent. Et, en même temps que les émotions se développent, on note presque constamment des convulsions, des contractions partielles, soit d'un bras, soit de la face, soit de tout un côté du corps. Les expressions émotives généralisées sont plus rares, je ne les ai obtenues que partielles et unilatérales.

D'autres fois ce sont des paralysies locales avec prostration généralisée comme dans l'action du bromure de potassium. (Pl. II, fig. 6.) Et, chose des plus significatives, l'innervation de la vie végétative est facilement troublée ; si bien que dans certains cas, s'il s'agit de la spartéine par exemple, on note des troubles paralyti-

ques du côté des muscles respiratoires, et rapidement un état d'abattement profond, quasi comateux, dans lequel le sujet tombe, la bouche béante, les yeux égarés, avec absence de tout mouvement inspiratoire soit des pectoraux, soit du diaphragme. (Pl. IV, fig. 13.) On comprend comment une expérience semblable ne peut être longtemps prolongée et la responsabilité qui plane sur la tête des expérimentateurs engagés sur ce terrain. — Néanmoins j'ai pu faire une photographie du sujet dans cette phase délicate de nos expériences.

Le chlorhydrate de morphine à la dose de 1/10, détermine comme toutes les substances expérimentées des troubles variés suivant que le tube est appliqué soit sur le côté gauche, soit sur le côté droit du sujet, et suivant qu'on l'a placé dans telle ou telle région des téguments cutanés.

Ainsi, placé à gauche de la nuque, c'est très rapidement l'expression d'une vive terreur qu'il détermine, le sujet est fortement secoué (ainsi qu'on peut le voir pl. II, fig. 8), sa figure exprime une terreur profonde, la tête est inclinée à gauche, les bras raidis et les mains croisées sont rigides, l'individu est tendu et contracturé, toute sa personne traduit le plus grand effroi. — Vient-on à prolonger le contact, l'ébranlement émotif accumulé poursuit son cours et se révèle alors par une sorte de réaction qui exprime la défense (pl. III, fig. 10), ce n'est plus la stupéfaction simple qui est exprimée, c'est la colère avec mouvements de défense. Le bras droit resté libre se retire et se plie comme pour donner un coup de poing, et les yeux tournés vers un être imaginaire, sont chargés de menaces, — le bras gauche devient contracturé. Vient-on à changer le champ d'action de la substance stimulatrice, c'est tout un autre tableau qui se déroule ; le place-t-on par exemple à droite, derrière

l'oreille, même à distance, la scène change du tout au tout et on assiste à une transformation complète du sujet. (Pl. III, fig. 11.)

Tout à l'heure, les émotions exprimées étaient brusques, violentes et tumultueuses, actuellement tout est calme et tranquille, c'est une période de détente qui s'annonce. On peut le voir sur la planche, la physionomie reposée exprime le calme et la sécurité complète. Le sujet repose mollement sur le fauteuil, ses bras sont libres, son regard est vague, et tout exprime dans sa physionomie cette langueur et ce bien-être complet, cher à tous les fumeurs d'opium.

Bien plus, si l'on prolonge l'action du tube en cette région, on assiste à un phénomène des plus saisissants, et qui démontre une fois de plus la réalité des lois de l'enchaînement des états hypnotiques tels que je les ai indiqués (Pl. III, fig. 12.) Ainsi, au bout de quelques secondes, le sujet, sous l'action sédative de la morphine, ferme les yeux, se laisse aller de plus en plus et tombe dans un véritable sommeil. Eh bien, ce sommeil, malgré ses apparences, son calme et son abandon, n'est pas le sommeil naturel; c'est un sommeil expérimental, c'est le sommeil morphinique très nettement caractérisé; et la preuve la plus péremptoire, c'est qu'après avoir duré quelques minutes, temps nécessaire au sujet pour se remettre des ébranlements profonds qu'il a subis au début, cet état de sommeil artificiel, qui n'est pas accompagné d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, qui a sa physionomie propre ainsi qu'on peut le voir sur la planche, fait suite par transition insensible au sommeil hypnotique ou plutôt à la période de léthargie de retour. Si l'on compare la figure 12 avec la précédente, on reconnaît la dissemblance profonde qui caractérise ces deux états, à l'expression différente de la physionomie même du sujet dans l'un et l'autre cas.

Le retour naturel de la période descendante des processus hypnotiques s'est donc dans ce cas opérée silencieux, de lui-même, non par des phénomènes apparents et actifs, mais bien par une pente naturelle qui a conduit le sujet au terme de son décours expérimental.

Le récit détaillé du processus hypnotique propre au chlorhydrate de morphine ne suffira pas pour vous donner une idée de la marche des choses et des effets d'émotivité étranges que l'on est amené à constater. Le récit de toutes les autres substances que j'ai mises en expérience, non sur le même sujet, mais sur des sujets différents, trouvera sa place plus loin. Je me contente seulement, pour le moment, de signaler les particularités suivantes.

Le sulfate de strichnine appliqué à gauche (Pl. VI, fig. 21), a fait apparaître rapidement de fortes contractures bilatérales, avec secousses convulsives violentes bilatérales, raideur des membres et gonflement thyroïdien. Et, comme la morphine, présenté au même sujet à droite, il a déterminé des réactions inverses, c'est-à-dire une expansion de gaieté allant jusqu'à un état de jubilation extrême. (Pl. VI, fig. 22.)

Le sulfate d'atropine (Pl. IV, fig. 14) paraît avoir une action stupéfiante peu intense; présenté à gauche ou à droite, son action paraît frapper surtout sur les forces somatiques; le sujet est affaissé, anhélant, dans un état d'accablement extrême, les traits du visage sont tirés; son regard vague, fixé en haut, exprime un état d'atonie générale, qui plane sur toutes les forces vives de l'économie. Néanmoins, si on présente à nouveau le tube, la raideur du tronc se révèle et le sujet se trouve dans un véritable opisthotonos.

Les spiritueux, le cognac, le rhum, le champagne, le vin, la bière, sont susceptibles d'agir d'une façon analogue

à celle dont ils agissent chez l'homme sain; ils déterminent l'ivresse avec tout son cortège d'attitudes spéciales, la physionomie est ébrieuse, et, comme expression ultime, la résolution complète et l'impossibilité de se tenir debout. En quelques minutes, le sujet en expérience, sous l'action d'une dose modérée de cognac, a passé de l'état naturel représenté sur la fig. 15 (pl. IV, et pl. VII, fig. 28) à l'état d'ébriété alcoolique complète avec agitation, physionomie transformée, embarras de la parole et délire approprié (1). — Un autre sujet représente au bout de dix minutes, après être tombé dans la résolution la plus complète, cet abandon total de sa personnalité.

Ces phénomènes expérimentaux de l'ivresse alcoolique sont, comme les expériences précédentes, de véritables processus artificiels qui se développent et retrocèdent d'eux-mêmes. Il suffit d'enlever le tube incitateur pour rendre le sujet à la raison, et en 8 ou 10 minutes, il se relève de l'état quasi comateux dans lequel il a été plongé; et le réveil naturel s'opère sans qu'il conserve le moindre souvenir des perturbations causées en lui par la substance sous l'influence de laquelle il se trouvait.

## II

Chez un grand nombre de sujets hypnotisés soumis à l'action des substances à distance, les phénomènes réactionnels exprimés par eux s'accomplissent en silence, sans une parole qui exprime au dehors l'excitation de leur émotivité. Leurs yeux, les traits de leur visage, leurs attitudes, sont les seuls signes extérieurs qui trahissent les ébranlements intérieurs de leur émoti-

(1) Dans la plupart des circonstances, le sujet, Esther, ne demeure pas à l'état cataleptique, la présence de l'alcool le fait monter à la période de somnambulisme, alors elle parle et son délire exprime des scènes d'ivresse des plus caractéristiques.

vité. La sphère intellectuelle ou plutôt phonomotrice reste complètement en dehors des phénomènes, aucune sonorité émotive concomitante ne vient d'une façon symétrique compléter l'expression du visage. Mais, sous l'influence d'une cause ou d'une autre, ces mêmes régions viennent-elles à entrer en action, le sujet récupère-t-il la faculté d'entendre et de communiquer avec les assistants, immédiatement le tableau expérimental prend un tout autre caractère. Le sujet se met à parler de lui-même, et passant insensiblement à la période de somnambulisme lucide, rien que par la vertu propice des substances employées (café, haschisch, rhum...), sans provocation aucune il entre en quelque sorte en vie et révèle au dehors les divers états des régions émotives. C'est la statue, c'est l'automate qui s'anime et qui parle, et pour cela, toujours en dehors de la personnalité consciente qui reste anéantie.

C'est la phase des expériences loquaces qui se révèle. Et alors suivant ses aptitudes naturelles, suivant son genre de vie, sa nature, ses désirs ou ses inclinations, et surtout suivant la nature de la substance employée, on voit le sujet exprimer avec une allure et une franchise des plus naturelles, des scènes d'une vie imaginaire qu'il se crée incontinent et dont il déroule ainsi inopinément les diverses péripéties. Tantôt, suivant l'état intime de son émotivité, les idées qu'il exprime ont une tournure triste et mélancolique, la valériane quelquefois produit des effets semblables. — Ce sont alors des émotions dépressives qui sont exprimées; le sujet est dans un cimetière, il assiste à l'inhumation d'une personne aimée, il se prosterne, le front contre terre, fait des génuflexions et désigne des croix avec l'expression d'une douleur profonde. (Pl. V, fig. 20.) D'autres fois, sous l'influence d'un autre stimulant, le haschisch, par exemple, ce sont des émotions de gaieté et d'expan-

sion joyeuse qui sont ainsi mises en action. Le sujet se croit au théâtre, il y joue un rôle imaginaire avec un entrain et un enchaînement d'idées extraordinaires, il débite quelques scènes, et s'il est musicien, chante même quelques airs avec une grande expression et une sentimentalité des plus naturelles. D'autres fois, quand il s'agit d'autres substances, ce sont des scènes de vol, d'assassinat, de poursuite, d'évasion, etc...; en un mot le sujet se trouve, par le fait même de l'agent mis en présence de lui, influencé d'une certaine façon au point de vue psychique, et cet état émotif engendre à la suite, par un enchainement automatique des idées aux émotions, toute une série de scènes pathétiques plus ou moins nuancées qu'il exprime comme si elles étaient réelles. Et bien plus, l'identité des phénomènes qui se développent toutes les fois qu'on répète l'action des mêmes substances chez le même sujet, prouve bien qu'il y a un appel psychique spécifique qui développe des réactions intellectuelles spécifiques. Toutes les fois, en effet, que chez le même sujet j'ai employé les mêmes substances, j'ai toujours obtenu la répétition des mêmes scènes, en quelque sorte mot pour mot. C'est là, comme je le disais, un phénomène propre au tempérament du sujet, à ses habitudes d'esprit, à sa manière d'être et à son milieu social. Ce sont donc des réactions purement individuelles et qu'il ne faut pas espérer renouveler toutes similaires chez des sujets différents. Ne savons-nous pas tous qu'une impression sensorielle quelconque, qu'une impression gustative, odorante, développe dans notre sensorium des idées différentes en rapport avec notre façon de sentir et avec les différentes agglomérations de souvenirs groupés autour de cette impression première, et que les goûts des uns ne sont pas les goûts des autres ?

Tant que le sujet est en scène, qu'il parle, qu'il récite un rôle, qu'il chante, il continue son rôle avec le même entrain, sans interruptions, c'est le tube incitateur qui l'actionne et le maintient en situation comme un véritable aimant qui soutient les particules de limaille de fer agglomérées dans sa sphère d'action. La substance stimulatrice incluse dans le tube est le souffle qui lui donne la vie, qui le fait vivre passagèrement d'une vie factice et collatérale à la vie réelle, et suscite à distance les impressions les plus surprenantes et les plus imprévues.

Vient-on en effet à interrompre subitement le courant d'incitation qui va du tube au sujet, vient-on à éloigner tout d'un coup le tube stimulateur? Un changement subit et profond s'opère incontinent dans l'état général du sujet. Vous le voyez alors, s'il marche, s'arrêter sur place; s'il parle, devenir silencieux; s'il exprime une phrase musicale, interrompre son chant; et en même temps il devient hésitant, incertain, il ne sait plus s'il doit avancer ou reculer, il est titubant, il balbutie des mots sans suite, et si vous n'y prenez garde, si vous n'avez pas la précaution de le soutenir et de l'entourer de vos bras, vous le voyez alors tomber soudainement à terre, foudroyé en quelque sorte, comme un corps suspendu en l'air à l'aide d'un fil qu'on coupe subitement, comme un impotent auquel on enlève tout à coup ses béquilles.

Au point de vue des processus hypnotiques, il s'agit là d'un phénomène naturel en évolution, copié sur la marche ordinaire que nous avons indiquée. Le sujet est ici, par la privation de la substance stimulatrice, retombé en période de léthargie comme dans le cas indiqué précédemment, alors que par l'action d'un objet brillant qui le maintient ou l'excite, on supprime cette excitation si l'on vient à éloigner tout d'un coup cet objet. Ce sont des phénomènes similaires qu'il est bon de rapprocher. Maintenant, une fois ces phénomènes connus, au lieu de

pousser les choses jusqu'à la limite extrême, jusqu'à la chute à terre, on peut, en s'arrêtant à temps, constater encore des phénomènes des plus intéressants qui démontrent d'une façon aussi péremptoire que possible l'action toute-puissante que possède le tube chargé, pour activer ou ralentir (comme cela se passe pour un courant) les manifestations de l'activité intellectuelle et psychique du sujet en expérience.

Alors en effet que l'on a retiré le tube, que le sujet est incertain, muet, hésitant, rapprochez de lui le tube, vous lui redonnez la parole et l'équilibre ; et bien plus, — il continue son rôle et reprend la phrase de son discours là où elle avait été interrompue.

Bien plus, lorsqu'il est très en train, et qu'il a repris la direction de ses idées et de ses gestes, éloignez peu à peu le tube de sa personne et vous verrez que l'état de surexcitabilité des régions émotives est arrivé à un tel degré, qu'à un et deux mètres de distance le sujet est encore actionné par les irradiations stimulatrices et qu'il reçoit d'elles la force qui le soutient et le met en action.

Ces oscillations du sujet, qui suivent ainsi à distance les stimulations vivifiantes irradiées du tube, s'opèrent donc d'une façon régulière et fatale, comme s'il s'agissait d'une véritable force électro-magnétique actionnant un mécanisme. Et ce n'est pas un spectacle des moins curieux à noter dans ces circonstances, que de voir avec quelle indifférence le sujet subit ces alternatives de hausse et de baisse dans sa vitalité intime, et combien tantôt il s'arrête aisément, tantôt se remet en marche avec une passivité complète, sans la moindre trace de contrariété, d'émotion ou de souffrance.

Ce phénomène de la révocation des activités nerveuses chez un sujet frappé d'immobilité temporaire par la soustraction subite du tube stimulateur, se présente dans certaines expériences avec une expression encore

beaucoup plus surprenante et tout à fait imprévue. Ce n'est plus, dans certains cas, à la distance d'un mètre ou deux, que la radiation stimulatrice agit à distance pour actionner le sujet, c'est dans des conditions toutes spéciales, qui rappellent l'emploi du fluide électrique que l'on met en œuvre pour électriser plusieurs personnes à la fois, qui forment la chaîne et servent de conducteur entre le sujet que l'on veut électriser et celui qui dirige le courant.

Dans les expériences dont je parle, l'état d'hyperexcitabilité du sujet est tel, à l'action du tube stimulateur, que cette action se fait sentir, pour lui, à travers le corps d'une personne interposée. Je place, en effet, une main sur son épaule, et de l'autre, je tiens la main d'un aide qui, de sa main libre, tient le tube. La chaîne est constituée, et l'on voit alors le sujet, qui était resté silencieux et titubant, reprendre son débit, redevenu sensible à l'action stimulatrice qui lui donne à travers mon corps et celui de mon aide, le mouvement et la parole.

Lorsque, suivant l'état des forces du sujet et l'intensité des réactions auxquelles il s'est prêté, on juge que les expériences ont suffisamment duré, on l'achemine successivement par étapes, vers le réveil, en ayant bien soin, quant il s'agit de substances stimulatrices employées comme agent d'excitation, de laisser les processus de retour s'opérer d'eux-mêmes, afin que l'action propre à la substance employée soit complètement éteinte. On s'assure de ce fait, ainsi que je l'ai signalé, lorsque le sujet est revenu spontanément à la période de léthargie de retour et que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire a repris son énergie dans les régions anti-brachiales.

Ceci fait et constaté, on procède au réveil du sujet en

suivant les procédés habituels. On développe l'état cataleptique par l'ouverture des paupières, puis l'état de somnambulisme lucide par une légère friction sur le vertex ou la région frontale. Et enfin, pour obtenir le réveil complet, on souffle directement sur les yeux ouverts du sujet, tantôt d'une façon très légère, tantôt d'une façon accentuée et répétée.

Le réveil, lorsque les sujets sont lourds, et peu impressionnables, est souvent long à se développer d'une façon complète, mais la plupart du temps, il est rapide; les sujets se frottent les yeux, font une longue inspiration, reprennent rapidement la connaissance du milieu ambiant, et sont tout surpris de voir des assistants autour d'eux; ils n'ont aucune notion de ce qu'ils ont dit et fait.

Et quant on les voit ainsi reprendre pied dans la vie réelle, et ne conservant aucun souvenir de ce qu'ils ont dit et fait, on ne peut s'empêcher de réfléchir aux conséquences graves de ces études nouvelles de psychologie expérimentale, qui, ne sont qu'un chapitre de l'hypnotisme, dans les actes de la vie sociale.

Il ne s'agit pas seulement de la question de ces suggestions invraisemblables qui, éclatant après 15, — 20 jours, plusieurs mois, même, d'incubation, en vertu des forces aveugles auxquelles elles obéissent, enlèvent au patient toute part de responsabilité, — mais bien d'un ordre tout nouveau de questions médico-légales qui, à propos de l'action à distance des substances médicamenteuses et toxiques, vient s'imposer à l'attention des médecins légistes.

On peut donc, à l'aide de ces substances qui agissent d'une façon purement physique, produire des bouleversements profonds dans les grands rouages de ces machines organisées, suspendre les mouvements respiratoires, congestionner les centres nerveux (Pl. IV, fig. 13

et 14, comparez avec la fig. 1), troubler l'innervation du cœur, provoquer, dans les centres moteurs, des réactions convulsives, d'une foudroyante intensité. On peut, en un mot, côtoyer les frontières de la vie, et s'y on n'y prend pas garde, encourir les responsabilités d'un cas d'homicide par imprudence.

Eh bien! — ces expériences dont je viens de retracer les phases et les dangers, qui nous assure qu'à un moment donné elles ne puissent être dirigées par des mains coupables, et qu'elles ne puissent ainsi ouvrir une nouvelle série de crimes silencieux qu'on ne pourra poursuivre, faute de preuves? Où seront, en effet, dans ce cas, les preuves de l'action criminelle? Où sera la démonstration de l'empoisonnement, par exemple, en présence d'un agent toxique qui a passé à travers l'organisme, et qui n'a pas laissé de traces appréciables?

Ce sont là des problèmes de médecine légale d'un intérêt très puissant et qui sont destinés tôt ou tard à captiver l'attention des criminalistes et des médecins.

Nous nous trouvons donc fatalement amenés en présence d'une situation des plus délicates et des plus difficiles à accepter, celle qui résulte de l'imposition d'une idée nouvelle qui germe et développe autour d'elle les conséquences dont elle est chargée.

Mais que faire en présence de toutes ces questions multiples qui surgissent des pratiques de l'hypnotisme? Comment empêcher la diffusion incoercible de ces études nouvelles qui captivent d'autant plus les esprits, qu'elles présentent en elles une dose d'inconnu, attraction irrésistible pour les curieux?

A mon avis, il n'y a rien à faire pour endiguer le courant. Il faut se souvenir que dans l'évolution des choses humaines, si, à côté du bien qui se fait, il y a le mal qui le suit comme son ombre, — d'un autre côté,

à côté du mal qui se développe, il y a souvent des compensations heureuses qui le font plus aisément supporter ; et, tout en tenant compte des inquiétudes nouvelles avec lesquelles nous devons vivre, dorénavant, peut-être pourrons-nous avoir la satisfaction de trouver, dans l'application des méthodes nouvelles, agissant à distance sur le système nerveux, des agents d'un ordre spécial, aptes à modifier son action, à exciter certaines régions torpides et à rétablir ainsi cet équilibre si précieux des actions nerveuses. — C'est là, évidemment, le but louable de tous les efforts tentés dans cette direction par les médecins qui cherchent à enrichir l'art de guérir, de procédés nouveaux, et à diminuer d'autant le domaine si vaste de la désespérance et de l'incurabilité.

## IV — DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Le récit des expériences dont on va trouver le détail rapporté plus loin, met en valeur une série de phénomènes inattendus au point de vue thérapeutique, et qui conduisent à considérer l'action intime des médicaments sous un jour tout nouveau (1).

1° Ces expériences démontrent qu'il y a toute une série de substances qui ont une action toute spéciale sur les régions émotives de l'être humain, et que chaque

(1) Chez les sujets hypnotiques, les diverses substances employées paraissent agir d'une façon dynamique sur le système nerveux, et pour s'en convaincre, il est bon de comparer les phénomènes observés avec ceux qui se développent lorsqu'on met le sujet hypnotique, par exemple, en présence d'un aimant. Cette étude fera l'objet d'une communication ultérieure.

touche de l'émotivité peut être aussi mise en vibration par un corps spécial. C'est ainsi que les émotions successives de la terreur profonde, de l'aversion, de la menace, peuvent être successivement sollicitées ; c'est ainsi que les émotions inverses de gaieté, de langueur douce, d'abandon voluptueux, peuvent à la volonté de l'expérimentateur être mises isolément en activité, — c'est ainsi même que l'on peut provoquer les états émotifs insolites qui ne correspondent à aucun sentiment humain habituel, et qui représentent un caractère d'étrangeté tout à fait inconnu. (Pl. II, fig. 5.)

On est donc amené à dire qu'il peut y avoir un chapitre tout nouveau à insérer dans la thérapeutique, et qui s'adresse spécialement aux régions psychiques émotives.

2° Ces expériences mettent encore en relief, d'une façon très caractéristique, le dédoublement des aptitudes émotives chez les sujets hypnotiques. Chez des sujets, en effet, qui sont la plupart du temps hémianesthésiques, l'émotivité est dédoublée, et si on interroge isolément le côté gauche et le côté droit, on détermine isolément soit des phénomènes de gaieté, soit des phénomènes de tristesse. (Pl. III, fig. 9-10.) (Pl. V, fig. 17-18.)

D'un autre côté, les plexus sensoriels participent isolément au même dédoublement. — La même substance présentée devant l'oreille droite et devant l'oreille gauche, devant l'œil droit et gauche, devant la narine, etc., détermine des réactions dissemblables de répulsion et d'attraction. — Le dédoublement expérimental de la personnalité, au point de vue émotif et sensoriel, est ainsi rendu très manifestement apparent. — Ce sont là des faits réels, vérifiés un grand nombre de fois et dont il est bon de tenir compte.

3° Dans cet ordre d'idées, il y a encore une série de phénomènes du plus haut intérêt à noter, et qui don-

nent à ces expériences un caractère d'authenticité indiscutable. — C'est l'action toute spéciale que certaines substances exercent sur les phénomènes intimes de la circulation et ceux de la vie végétative en particulier. Et j'insiste surtout sur ceux que j'ai déterminés : les troubles circulatoires qui se sont produits du côté de la région thyroïdienne, à l'aide de différentes substances. (Pl. II, fig. 5.) (Pl. VI, fig. 21-23.) Dans ces circonstances, le tube promené sur les régions latérales du cou, déterminait la turgescence de la face, du pavillon de l'oreille, l'accélération du cœur, et indiquait par conséquent un trouble de l'innervation sympathique. — J'ai pu déterminer, à l'aide de la poudre d'ipéca, l'état nauséeux suivi de vomissements. (Pl. II, fig. 7.) — D'autres substances, appliquées au niveau du ventre, ont déterminé des évacuations. — Avec la spartéine, j'ai vu apparaître la suspension progressive des mouvements inspiratoires avec du cornage, et des troubles de l'innervation du cœur. — Cette participation de l'innervation viscérale à l'action des diverses substances successivement présentées, donne aux expériences un caractère de sincérité complet, car jusqu'ici il n'est pas reconnu possible qu'un individu, dans un intérêt de simulation, puisse parvenir à gonfler instantanément son corps thyroïde, à produire des arrêts du cœur avec cornage, et à déterminer en lui-même une perturbation profonde de son organisme, au point d'arriver à un danger de mort.

4° L'action des substances odorantes sur la sensibilité, si négligée jusqu'à présent, acquiert encore une importance nouvelle qui démontre l'action perturbatrice profonde que ces substances exercent sur le système nerveux. — Le sujet en état d'hypnotisme devient un véritable appareil d'une sensibilité exquise, c'est un véritable réactif d'une finesse extrême, qui se met en

branle à propos des infinitésimales vibrations du milieu ambiant.

C'est grâce à cette propriété d'hyperesthésie sensitive extrême, qu'on peut se rendre compte de l'action des substances odorantes et des troubles profonds qu'elles sont susceptibles de produire dans leur système nerveux. — Tout le monde sait combien à l'état normal certaines personnes, surtout les femmes, sont susceptibles d'être impressionnées par les substances odorantes, et que ces substances plus ou moins troublantes sont aptes à éveiller certains appétits sensuels. — Chez les sujets hypnotiques on peut voir (pl. I, fig. 2, 3, 4) (pl. II, fig. 5) combien l'essence de thym en particulier est apte à solliciter de différentes manières les régions émotives. Un grand nombre d'autres essences que j'ai expérimentées successivement, et en particulier celles que l'on emploie ordinairement pour sa toilette journalière, l'eau de Cologne, l'eau-de-vie de lavande ambrée, ont déterminé des réactions très intenses de spasmes et d'anxiété respiratoire. Des fragments de fleurs parfumées, d'héliotrope, de rose, de muguet, présentés devant les narines de sujets en période léthargique, ont déterminé des convulsions, de la stupeur et de l'agitation spasmodique.

Il y a donc à tenir grand compte, au point de vue de la thérapeutique du système nerveux, de ces influences profondes que peuvent exercer sur sa sensibilité intime certaines substances odorantes, qui agissent sur les plexus olfactifs. — Il y a encore à connaître l'action intime que peuvent exercer toutes les substances odorantes aromatiques, ingurgitées et véhiculées dans le corps humain, sous forme de liqueurs variées ; et on peut se demander si ces boissons si recherchées des gourmets et si agréables au goût, ne sont pas pour un certain nom-

bre d'entre elles, telles que l'absinthe, le curaçao, l'anisette, les élixirs complexes destinés une fois passés dans le sang, à avoir une action perturbatrice sur les régions émotives de notre être, qu'elles influencent d'une certaine façon et dont elles peuvent ainsi modifier la manière d'être.

Il y a évidemment dans cette direction, des études nouvelles à entreprendre, et à rechercher si l'action des substances odorantes, si négligée jusqu'ici, soit en aspirations, soit absorbées sous forme d'injections sous-cutanées ou sous forme de liqueurs aromatiques, ne serait pas destinée à jouer un rôle important dans la thérapeutique de certaines maladies nerveuses.

Toutes les expériences dont nous venons de faire le récit, ne concernent comme on le voit que des sujets hypnotisés ; leur domaine d'action est donc limité à cet état spécial de l'organisme, état exceptionel et transitoire que l'on ne rencontrera jusqu'à présent que dans un petit nombre de cas très limité.

Il est bon néanmoins d'en tenir compte et de les enregistrer avec soin, car à l'heure actuelle nous ne savons pas encore s'il ne sera pas possible, à l'aide de procédés encore inconnus, de généraliser les pratiques de l'hypnose, et de mettre ainsi un grand nombre de sujets hypnotiques latents, dans des conditions nouvelles de réceptivité, pour devenir impressionables aux pratiques de cette nouvelle méthode de thérapeutique.

Jusqu'à présent les résultats de mon expérience personnelle, au point de vue du traitement des maladies nerveuses à l'aide des substances médicamenteuses à distance, ne sont pas encore nombreux. Ils se résument réellement à deux cas, suffisamment bien observés et suivis pour me permettre de dire que j'ai obtenu des résultats précis et nettement imputables aux procédés de la thérapeutique nouvelle mise en œuvre.

Il s'agit de deux jeunes sujets hystéro-épileptiques, que j'ai eus dans mon service à la Salpêtrière pendant près de cinq années, Esther et Marie, et que j'avais soumis sans résultats satisfaisants à tous les procédés de la thérapeutique usuels sans obtenir de succès durables.

Elles étaient toutes deux atteintes, depuis plusieurs années, de violentes convulsions hystéro-épileptiques, qui avaient nécessité un séjour prolongé dans nos salles. Nous reconnûmes qu'elles étaient hypnotisables. Les crises revenaient une ou deux fois par semaine, avec convulsions très intenses s'accompagnant des désordres de la grande hystérie.

L'intensité et la fréquence des crises étaient la caractéristique propre de l'état névropathique de ces jeunes sujets.

Je les soumis l'une et l'autre à l'action des médicaments usuels, du bromure de potassium dans des tubes, à la dose d'un gramme pour dix grammes d'eau.

Cette pratique fut employée pendant plusieurs mois de suite, et je reconnus son efficacité d'une façon très significative.

Ces malades, plongées en sommeil hypnotique, étaient soumises régulièrement deux ou trois fois par semaine à l'action des tubes chargés. Pendant toute la période de ce traitement, chez l'une comme chez l'autre, les crises allèrent en diminuant de fréquence et d'intensité ; les crises chez l'une ne reparurent plus que tous les mois, et presque constamment très atténuées comme durée.

Il est arrivé fréquemment qu'elles étaient reprises par leurs familles pendant la belle saison. Le traitement était alors forcément interrompu. J'ai pu constater que les attaques reparaissaient alors avec une grande intensité et une fréquence plus grande. Elles venaient de

nouveau à l'hôpital, d'elles-mêmes, réclamer la reprise du traitement.

Cette expérience de la reprise et de la suppression du traitement, avec la diminution et la réapparition des crises convulsives, a été répétée à plusieurs reprises, et les résultats se sont toujours vérifiés.

Je dois encore à ce sujet rapporter un fait étrange qui m'a vivement frappé! C'est qu'à mesure que les crises hystéro-convulsives s'atténuaient chez ces deux malades, le passage de ces crises avortées à travers l'organisme se révélait par des phénomènes étranges, par une véritable transformation des phénomènes. — Il semblait que le mal s'était déplacé et avait occupé d'autres territoires du système nerveux. Loin d'avoir en effet des attaques violentes sous forme de décharges convulsives, les malades étaient prises d'accès extatiques. C'était principalement le matin que cela se montrait. Elles demeuraient horizontales, les yeux fixés au plafond, comme si elle voyaient des spectacles agréables. Elles demeuraient ainsi un quart d'heure ou vingt minutes dans cette attitude; puis sortaient spontanément de cet état visionnaire et reprenaient leurs habitudes ordinaires sans se soucier de la phase nouvelle qu'elles venaient de traverser.

Quelques mois plus tard j'ai vu chez l'une d'elles les hallucinations extatiques disparaître et être remplacées par des troubles du côté de la respiration, consistant en spasmes avec toux et expulsion de matières sanguinolentes. Ces troubles ont actuellement disparu, et la malade, après être restée quelques mois dans mon service, est sortie en bon état, et semble débarrassée (jusqu'à nouvel incident) des crises convulsives qui pendant près de cinq ans ont bouleversé son existence.

Je n'ose dire que ce soit une guérison, mais c'est au

moins un soulagement et une amélioration notable des troubles convulsifs (1)

Ce ne sont là que de simples indications qui nous font espérer de pouvoir trouver, dans ces moyens nouveaux d'influence sur le système nerveux, des ressources imprévues destinées à agir sur les courants nerveux et l'élément dynamique de certaines névroses.

Mais, je ne saurais trop le répéter en m'adressant à ceux qui se mettraient en route dans cette nouvelle direction, rien n'est plus facile que de se tromper dans l'interprétation de résultats qui sont d'une si grande complexité. C'est le cas de répéter plus que jamais ici *experientia fallax* : il faut itérativement vérifier les résultats acquis.

Je recommande encore d'une façon toute spéciale de n'agir qu'avec une extrême prudence dans l'emploi des substances actives. Ce n'est pas sans danger pour le sujet que l'on dirige ces expériences. On peut en effet, sans s'en douter voir éclater des phénomènes d'une intensité extrême sous l'action de telle ou telle substance dont rien n'indique les énergies latentes. Et alors on voit se développer des troubles circulatoires rapides avec arrêt de la respiration et cyanose de la face. (Pl. IV fig. 13.) C'est une véritable asphyxie temporaire, qui se développe avec suspension de la respiration, des convulsions répétées, et des états comateux profonds dont on a grand peine à faire revenir les sujets. — Qu'on le sache bien, tous ces troubles dynamiques imprévus pourraient, s'ils se prolongeaient, suspendre définitivement le jeu des grands ressorts de la vie organique, et mettre l'expérimentateur terrifié en présence d'un cas d'homicide par imprudence.

(1) Depuis un an, la guérison ne s'est pas démentie, sauf une attaque survenue un soir de grand orage. Les crises convulsives ont complètement cessé.

## EXPLICATION DES PLANCHES

### PLANCHE III

*Fig. IX.* — Esther sous l'action du chlorhydrate de morphine. — Le tube est placé devant l'œil gauche et la physionomie exprime un état de béatitude.

*Fig. X.* — Chlorhydrate de morphine. — Le tube placé devant l'œil droit du même sujet. Phénomènes inverses. La physionomie exprime une terreur profonde.

*Fig. XI.* — Le tube ayant été enlevé, le sujet ressent l'action somnifère de la morphine. Il s'endort avec calme.

*Fig. XII.* — A mesure que l'action du sommeil morphinique s'épuise, le sujet entre de lui-même en période léthargique (léthargie de retour). La comparaison de la physionomie de la fig. 11 avec celle de la fig. 12, donne une idée nette de la succession des phénomènes accomplis dans l'évolution naturelle du processus hypnotique. (Voir au récit des expériences l'exposé détaillé de l'action du chlorhydrate de morphine.)

### PLANCHE IV

*Fig. XIII.* — Esther sous l'action du sulfate de spartéine. Le tube a été présenté à gauche et au-devant du cou, et il a déterminé la turgescence de la face avec injection considérable des teguments et gonflement du cou. Il y a en même temps arrêt des mouvements inspiratoires.

*Fig. XIV.* — Le même sujet sous l'action du sulfate d'atropine. Il accuse une douleur céphalalgique très vive. Le tube étant présenté à droite, il se renverse en arrière et tombe dans un état de prostration riteuse, les yeux convulsés en haut; les pupilles sont très dilatées.

*Fig. XV.* — Le même sujet sous l'influence de 10 gr. de cognac présentés dans un tube au lieu d'élection, arrive à un état d'ivresse progressive, avec hébétude de la physionomie et station impossible, il est soutenu par la paroi du mur sur lequel il s'appuie.

*Fig. XVI.* — Action de l'eau simple (protoxyde d'hydrogène). Un tube plein d'eau distillée est placé derrière l'oreille gauche, chez Esther; peu à peu les traits de la face prennent un aspect d'effarement, le regard est terrifié, les mâchoires sont appliquées strictement l'une sur l'autre, les lèvres contractées, impossibilité de faire ouvrir la bouche, rigidité progressive des muscles de la face, du cou et des membres; la salive coule par la commissure labiale, symptomatologie de l'hydrophobie.

## PLANCHE V

*Fig. XVII.* — Un tube contenant du poivre ordinaire, présenté à quelque distance de la joue gauche ainsi qu'il est indiqué, chez Esther, détermine de l'hilarité.

*Fig. XVIII.* — Le même tube présenté à la même distance devant la joue droite, chez le même sujet, détermine un mouvement d'inquiétude vague avec préoccupation et immobilité des yeux.

*Fig. XIX.* — Un tube contenant de l'essence de fenouil présenté devant l'œil gauche, chez le même sujet, détermine un sentiment d'hilarité et de satisfaction profonde avec tendance érotique.

Le même tube présenté devant l'œil gauche sollicite instantanément des répulsions très vivement accentuées.

*Fig. XX.* — Esther sous l'action de l'extrait de valériane. Délire triste ; elle est dans un cimetière, agenouillée, et manifeste la tendance à gratter la terre. Elle a fait une exhumation et édifié un monticule au moment ou elle a été photographiée. Il est curieux de constater que MM. Burrot et Bourru, dans leurs recherches sur l'action de la valériane, ont pareillement constaté la tendance du sujet à gratter la terre. (Voir plus loin le récit des expériences.)

## PLANCHE VI

*Fig. XXI.* — Esther sous l'action du sulfate de strychine. Tube présenté à gauche ; contracture des poignets ; anxiété respiratoire ; gonflement thyroïdien ; expression sinistre du regard.

*Fig. XXII.* — Le même tube présenté chez le même sujet au côté droit. Il semble écouter agréablement quelque chose de gai qui le fait rire.

*Fig. XXIII.* — Le même tube contenant de la poudre d'ipéca, qui, étant présenté à gauche (fig. 7, planche II), a déterminé l'état nauséeux suivi de vomissements, présenté au niveau de la région thyroïdienne, détermine le gonflement thyroïdien.

*Fig. XXIV.* — L'action à distance, ainsi qu'il est indiqué, d'un tube contenant du sulfate de strychnine, détermine la raideur des muscles du cou ainsi que la contracture des avant-bras et du bras, et en même temps les muscles de la face se contractent et le regard prend un aspect menaçant.




Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11




Fig. 12

Georges Days d.t Photogl. A. Lemercier

Librairie J. B. Baillière et Fils




Fig 13


Fig.14


Fig.15.


Fig 16

Georges Luys Pʰᵗ                                                    Photogl A Lemercier

Librairie J B Baillière et Fils





Fig 17.



Fig 18



Fig 19



Fig 20

Georges Luys Ph.

Photogl. A. Lemercier.

Librairie J. B. Baillière et Fils



Fig. 21.



Fig 22.



Fig. 23



Fig 24.

Georges Luys f.

Photogl. A Lemercier

Librairie J B Baillière et Fils

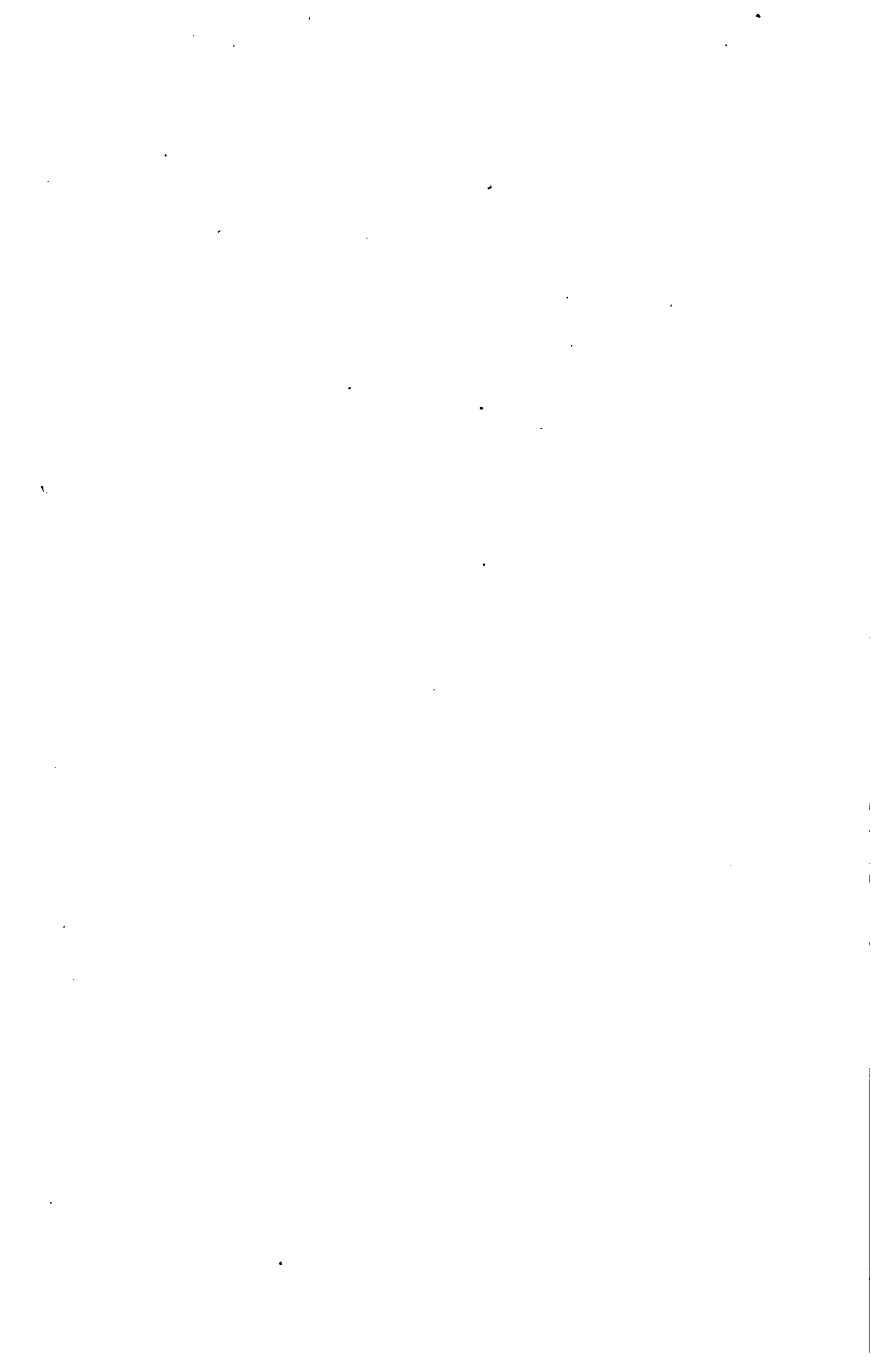




Fig 25



Fig 26



Fig 27




Fig 28

Georges Luys Ph.

Photogl. A Lemercier

Librairie J B Baillière et Fils

## PLANCHE VII

*Fig. XXV.* — Gabrielle, à l'état normal.

*Fig. XXVI.* — Tube contenant de l'eau simple présenté chez ce sujet dans le cou à gauche. Les muscles du cou et du bras gauche se contractent; il en est de même de ceux de la face; le serrement des mâchoires est tel qu'on ne peut pas ouvrir la bouche. Le sujet garde les yeux fermés.

*Fig. XXVII.* — Le même sujet sous l'action d'un tube contenant du cognac. Injection de la face, des téguments cutanés, et gonflement du cou. Le pourtour du cou, qui avant l'expérience mesurait 33 cent., s'élève maintenant à 41 cent.

*Fig. XXVIII.* — Sous l'action persistante du tube contenant du cognac, le sujet tombe dans un état de prostration complète; il ne peut plus se tenir assis, glisse sur sa chaise, et sa physionomie exprime une ivresse profonde.

# DES DÉLIRES MULTIPLES
# ET DES INTOXICATIONS D'ORIGINE DIFFÉRENTE
## CHEZ LE MÊME INDIVIDU

Par G. PICHON

Chef de clinique de la Faculté, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne

*Mémoire couronné par la Société médico-psychologique* (Prix Esquirol)

---

## IIe PARTIE
### ÉTUDES CLINIQUES.

---

### DES DÉLIRES MULTIPLES CHEZ LE MÊME INDIVIDU (1)

---

### II. — *Du délire des persécutions dans ses rapports avec les délires multiples.*

Nous dirons quelques mots maintenant des délires multiples pouvant évoluer chez le persécuté (type Lasègue).

1.— Il y a d'abord le délire alcoolique, et cette coexistence du délire alcoolique et du délire des persécutions est importante à connaître, non seulement au point de vue du diagnostic, mais au point de vue du pronostic ; car dans le premier cas, on devra prédire la guérison, et dans le second l'incurabilité.

(1) Voy. *Encéphale*, 1887, no 4, mai et juin, et no 5, sept. octobre.

Or, on sait la difficulté qu'il y a quelquefois à distinguer ces deux états; dans ces deux formes psychopatiques, il y a, en effet, des idées de persécution, mais comme le fait remarquer M. le professeur Ball dans son enseignement, il y a entre les deux, cette différence, essentielle à tous égards, que dans un cas (délire alcoolique), c'est un simple délire de persécution symptomatique, dans l'autre (délire de persécution de Lasègue), c'est le délire systématisé, véritable entité, à évolution malheureusement trop bien connue, qui se terminera souvent par la démence.

On voit l'importance qu'il y a à différencier ces deux délires si différents qui, disons-nous, peuvent évoluer en même temps, coexister chez le même aliéné. Lasègue, qui, le premier, a signalé la possibilité de leur association, avec des observations à l'appui, a tracé de main de maître le rapprochement différentiel de ces deux états, dont le tableau vivant et saisissant peint très bien la différence profonde qui existe entre l'alcoolique persécuté et le persécuté type.

On se rappelle cette comparaison si vraie et si souvent citée du condamné et du prévenu : « L'aliéné persécuté est poursuivi par des idées tristes, mais exemptes de terreurs, on peut même dire qu'il n'a pas de craintes; chacune des idées et des imaginations qui le tourmentent est déjà passée à l'état de fait accompli. Les inquiétudes sont rétrospectives; il n'attend pas, il se rappelle ou il éprouve le mal dont il se plaint. C'est, si on veut rendre la caractéristique du délire plus saisissante par une comparaison, un *condamné* et non un *prévenu.* »

Bien des auteurs ont depuis abordé ce diagnostic différentiel du persécuté alcoolique et du persécuté classique : peu en ont donné une description aussi nette. Et ailleurs : « La persécution qu'on lui inflige (délirant persécuté) roule dans un cercle très restreint, très cir-

conscrit et tout autre que celui où se meut le délire alcoolique sub aigu... Elle est purement intentionnelle, elle reste dans une sorte d'atmosphère morale, elle est subjective... On le diffame, on le calomnie... Mais jamais, comme nous le dira un persécuté alcoolique, on ne l'a ni frappé, ni blessé, ni encore moins mutilé. »

Je m'arrête dans cette description ; elle est classique, et on pourra suffisamment, en suivant ces données, reconnaître chez un seul aliéné la présence de ces deux éléments. On pourra, quand le persécuté se sera exposé à l'intoxication alcoolique « reconnaître les caractères des deux délires ainsi composés pour former un tout (1). »

On trouve, en effet, dans l'auteur que nous venons de citer, deux exemples de ce délire multiple où les éléments appartenant à l'un et à l'autre des deux états sont parfaitement analysés et dissociés.

Il faut le dire, du reste, ces cas sont fréquents, et il suffit de se donner la peine de les chercher pour les trouver. Il faut surtout pouvoir observer le malade, comme pouvait le faire Lasègue, au début de sa séquestration. L'élément éthylique disparaît, en effet, quelquefois au bout de quelque temps de suppression; c'est ce qui fait que ces coexistences sont extrêmement rares dans quelques services d'asiles où les malades ne rentrent qu'après plusieurs jours d'internement, et très communs, au contraire, dans certains milieux cliniques, comme l'Infirmerie spéciale où observait Lasègue, et dans certains quartiers de Sainte-Anne, comme les services de la Clinique, de l'Admission, où l'on peut observer les malades le jour même ou les jours qui suivent leur séquestration. Au bout de quelques jours, en effet, les symptômes d'intoxication peuvent tomber, et on n'a plus alors devant soi que la vésanie primitive.

(1) Lasègue. *Archives de méd.* 1867. Alcoolisme subaigu.

Les observations de cette variété de coexistences sont les plus communes. Outre deux exemples publiés par Lasègue dans son article sur l'alcoolisme subaigu, on en trouve trois cas publiés par M. Magnan, l'un dans son travail sur l'alcoolisme (1), et deux autres dans son article des délires multiples (2). Dericq (3) donne six observations également très convaincantes.

Nous ne publierons ici que les cas les plus nets, ceux dans lesquels le délire alcoolique des persécutions a évolué côte à côte avec le véritable délire des persécutions, sans se mélanger à lui ; ceux dans lesquels les symptômes appartenant à l'un et à l'autre de ces deux états peuvent être facilement différenciés, nous n'en donnerons ici que le résumé.

La femme M..., fille publique, 39 ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 11 avril 1886, avec tous les symptômes que Lasègue a si bien décrits sous le nom d'alcoolisme subaigu. Le tableau est complet : hallucinations terrifiantes de la vue, zoopsie, elle voit des bêtes noires qui l'empêchent de dormir, des serpents qui se glissent sous ses draps pendant son sommeil. Devant nous, elle fait le simulacre d'écraser des bêtes sur le plancher et écarte avec la main des insectes qu'elle voit sur sa robe. A ces symptômes d'ordre psychique, se joint un *tremblement* des extrémités supérieures qui ne laisse aucun doute à ce sujet. Elle avoue, du reste, des excès nombreux; sa boisson préférée est la chartreuse, elle en boit jusqu'à dix par jour. Depuis deux ans elle souffre d'une *gastrite*, et elle a la pituite matinale classique depuis de longs mois. Jusque-là, rien que de bien vulgaire. C'est le tableau des alcooliques tels qu'on les voit à l'Infirmerie spéciale et à leur arrivée à

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

la Préfecture de police. Mais où le tableau change, c'est dans l'examen des conceptions délirantes, des idées de persécution qu'il nous faut ici analyser avec soin pour le sujet qui nous occupe.

Elle a des craintes imaginaires, des idées de culpabilité imaginaire, des idées de persécution vagues dont l'origine éthylique ne fait aucun doute ; mais, à côté de cela, on l'électrise, on la magnétise, on fait des *pièces de théâtre* avec ce qu'elle dit et ce qu'elle pense ; il y a dans la rue des affiches qui la concernent. Ce n'est déjà plus, on le voit, l'allure du persécuté alcoolique ordinaire, mais en la poussant dans son délire, on note de plus des *hallucinations de l'ouïe : ses voix* la poursuivent des injures les plus grossières, on l'appelle p...., v...., marm..... Il y a surtout ici un symptôme caractéristique : *elle désigne clairement un persécuteur* : c'est un souteneur, qui est l'âme du complot organisé contre elle.

Cette complexité de symptômes impose une certaine réserve, et on se garde bien de formuler un pronostic bénin en diagnostiquant simplement une alcoolique subaiguë.

L'avenir justifie nos prévisions. Outre les renseignements héréditaires qu'on put obtenir : enfant de l'amour et du hasard, elle n'avait jamais connu ses parents, seulement elle avait entendu dire que sa mère avait des attaques, et que son père *tombait*. On vit les symptômes bruyants du début tomber peu à peu. Les hallucinations visuelles, la zoopsie, disparurent ainsi que les idées vagues de persécution et de culpabilité imaginaire, qui cessèrent peu à peu de se montrer sous l'influence de la séquestration et de la privation d'alcool ; mais les hallucinations de l'ouïe persistèrent, on l'injuriait toujours, et même à l'asile on continuait à la faire électriser par les agents. On continuait également à lui *voler ses pensées* pour les imprimer dans les journaux.

Il ne pouvait dès lors y avoir de doute. A son entrée la fille M... était atteinte d'un délire de persécution alcoolique et d'un délire de persécution classique. — Le premier a cédé facilement, le second a persisté et continuera son évolution. Cette malade a été transférée après quatre mois de séjour à Sainte-Anne, aussi hallucinée, aussi persécutée qu'au début de la séquestration.

Il est inutile de faire ressortir ici la coexistence, l'individualité bien nette de ces deux délires. Mais il faut bien le dire, tous les cas de délire multiple n'ont pas cette régularité schématique pour ainsi dire. — Remarquons ici l'importance qu'il y a pour le diagnostic de coexistence au point de vue du pronostic, à ne pas tromper l'entourage du malade, en leur faisant présager une issue favorable.

Le fait suivant est encore assez net :

J. D..., 50 ans. — Entré à la clinique de Sainte-Anne, le 7 juillet 1885. — Il a des hallucinations de l'ouïe et de la vue ; sous l'influence d'excès répétés et prolongés il s'est produit chez lui un affaiblissement de toutes les facultés. Il s'est livré à des voies de fait, à des extravagances ; il a menacé sans raison différentes personnes avec un couteau qu'il tenait à la main. Depuis quelques semaines il ne peut plus travailler de son métier de cuisinier ; la nuit et même le jour il est poursuivi par des hallucinations dont le caractère professionnel indique suffisamment la source : il entend toute la nuit le bruit du feu qui pétille, et toute la nuit il se croit occupé à ses fourneaux. Des cauchemars épouvantables ne lui laissent aucun repos — crises nocturnes. Il se réveille la nuit en sueur, anxieux et criant de toutes ses forces : « à l'assassin, à l'assassin ». Des ennemis sont continuellement cachés la nuit sous son lit. Il se levait la nuit en sursaut, se barricadait chez lui, et faisait tant de vacarme en luttant contre des brigands imaginaires, que

des voisins l'ont dénoncé au commissaire de police, ce qui a motivé son internement.

On reconnaît facilement dans tout cela le cachet de l'alcoolisme — mais à ces crises nocturnes, à ces hallucinations terrifiantes et professionnelles se joignent d'autres symptômes étrangers. Des hallucinations de l'ouïe se mêlent aux hallucinations de la vue, ainsi que des idées de persécutions et des interprétations délirantes qui firent ajourner le diagnostic.

En effet, au bout de quelque temps les troubles dus à l'alcoolisme disparurent en partie, mais les hallucinations de l'ouïe, loin de disparaître, prirent un caractère qui ne permit plus de doutes sur la coexistence du délire des persécutions. Malgré son internement, on l'injuriait par dessus les murs, on lui envoyait des décharges électriques à toute heure du jour et de la nuit, et lorsqu'on essayait de le convaincre de la fausseté de ses conceptions délirantes, il répondait par cette parole si caractéristique et qui prouve bien la ténacité des idées de persécution chez les persécutés : « Vous savez bien que tout ce que je vous dis est vrai, pourquoi en doutez-vous ? »

Il a été transféré quelques semaines après son entrée, guéri de son alcoolisme mais toujours persécuté.

Nous donnons ensuite le résumé d'une troisième observation où cette coexistence du délire de Lasègue et du délire alcoolique est moins nette, mais aussi plus rare et plus intéressante : la malade en question se trouvait dans cette phase de transition où, placée sous le coup d'idées de persécutions et d'idées ambitieuses, elle était sur le point d'entrer de plain pied dans la mégalomanie, c'est-à-dire dans la persécution ambitieuse. Cependant nous avons pu dissocier les éléments qui appartenaient à l'un et à l'autre de ces deux états, et notre diagnostic a été confirmé par l'expectation.

La femme B..., marchande ambulante, entrée pour la première fois en 1874. A n'en pas douter c'est une ancienne alcoolique. Le premier certificat d'entrée, signé à cette époque de Lasègue, est en effet ainsi conçu : « Cris agitation, excitation maniaque, habitudes alcooliques. » — Elle présente, du reste, tout le cortège des symptômes de l'alcoolisme, sur lesquels je n'insisterai pas. — Elle sort une première fois quelques mois après son entrée sans avoir présenté d'autres manifestations que les manifestations alcooliques... Quelques années se succèdent alors, pendant lesquelles elle a continué à boire et pendant lesquelles le délire alcoolique s'est vraisemblablement montré à plusieurs reprises, mais pendant ce temps aussi, sans qu'on soit autorisé à chercher un facteur étiologique dans l'alcool, a évolué sourdement le délire des persécutions qui la ramène pour la seconde fois à Sainte-Anne, longtemps après, en 1884, le 16 novembre. — Elle présente en ce moment de l'agitation maniaque, de l'excitation turbulente, de la loquacité, de la volubilité dues évidemment à l'alcoolisme, comme à sa première entrée, avec des troubles somatiques dont l'origine n'est pas douteuse : tremblement des mains, etc. — Mais en plus de ces symptômes qui ont cédé au bout de quelques jours de traitement, apparaissent des troubles psychiques dont l'origine n'est évidemment pas la même, et doit être recherchée non dans une intoxication, mais dans l'hérédité. Du reste, les troubles psychiques en question, imputables à un délire de persécution coexistant déjà ancien, ont continué à évoluer : « La police, disait-elle, avait juré sa perte, mais le maréchal de Mac-Mahon la protégeait. » Ces idées mixtes de persécution et de grandeur ont continué leur cours ordinaire. La malade, qui a franchi peu à peu les premières étapes du délire de persécution, est plutôt actuellement sur les confins de la mégalomanie et de la

démence (1). Elle n'est pas alcoolique, mais elle est toujours sous l'influence du délire de persécution, à la phase terminale de démence.

Nous demanderons la permission de terminer l'étude de la coexistence du délire de persécution avec l'alcoolisme, par une observation probante à tous égards. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, B..., entré à la clinique dans le courant du mois de mai et qui nous a présenté d'une façon presque schématique un exemple de ce délire multiple, sans parler des symptômes secondaires, et qui porte pour ainsi dire la marque de fabrique des deux sortes de délires précités ; il nous a été possible, en nous basant exclusivement sur le caractère des idées de persécution, et en invoquant le magistral exposé symptomatique différentiel de Lasègue, d'arriver à faire la part, chez notre malade, du délire de persécution vésanique et du délire de persécution alcoolique.

Mais, avant d'aborder la discussion des symptômes observés, nous devons entrer dans quelques détails touchant ses antécédents personnels et héréditaires : son père jouit d'une bonne santé habituelle, et semble au point de vue cérébral être très suffisamment doué. Comptable dans une grande maison de commerce, il n'a jamais donné aucun signe de déséquilibration mentale ; sa mère semble avoir été sujette à des attaques de nerfs, elle ne paraît pas cependant, c'est du moins ce qui résulte des renseignements fournis, avoir jamais eu des attaques de grand mal. Notre malade est le cinquième

(1) Cette observation prouve, une fois de plus, que la transformation syllogistique du délire des persécutions en délire ambitieux n'a pas la constance, la régularité, la fixité, la marche schématique que se plaisent à lui donner certains auteurs. En effet, chez cette malade, la démence est arrivée après une période de transition dans laquelle les idées de persécution et de grandeur s'entremêlaient, et sans qu'il y ait eu à proprement parler une phase isolée de mégalomanie.

enfant de cette famille ; il y a quatre frères qu'on nous a dit être d'un caractère irritable, violent parfois, néanmoins ils n'ont jamais rien présenté au point de vue mental, et nous devons même ajouter qu'ils occupent tous de hautes situations, soit dans l'armée, soit dans les professions libérales. Ils nous ont, du reste, paru d'une intelligence bien au-dessus de la moyenne ; personne dans la famille ne paraît avoir été enfermé dans une maison de santé. Néanmoins nous ne pouvons rien affirmer, car, ainsi que le fait se présente souvent lorsqu'on cherche à obtenir des renseignements héréditaires, nous nous sommes heurté à une certaine réticence qui renferme peut-être à ce point de vue des sous-entendus qu'il nous a été impossible d'éclaircir.

Quoiqu'il en soit, que notre malade soit un héréditaire ou non, dès l'âge de vingt-trois ans, au dire de son père, il a commencé à se croire persécuté par son entourage, par sa famille même; toutes les fois qu'il lui arrivait ce que son père appelle ses *idées de vexation*, il s'en prenait alors à tout le monde. Il ne pouvait sortir dans la rue sans provoquer immédiatement, disait-il, les conversations des passants sur son compte, sans attirer sur lui les regards malveillants des promeneurs qui se mettaient à chuchoter entre eux toutes les fois qu'il lui arrivait de les approcher. Il poussait si loin ses *idées de vexation* que ses parents mêmes, ses frères n'échappaient point à ses récriminations. Néanmoins, on ne fut pas obligé à ce moment de le faire séquestrer. Il se manifesta même chez lui une accalmie telle qu'il put mener à bien ses études de droit : après des examens brillamment passés, il obtint au tribunal de la Seine une place importante, et très suffisamment rémunérée.

Cinq ans se passèrent ainsi, pendant lesquels, sans présenter de conceptions véritablement délirantes, sa manie du soupçon le fit côtoyer de bien près la folie,

lorsqu'enfin ses idées délirantes longtemps contenues firent explosion.

Il rentra un jour chez lui, raconta à sa domestique que des ennemis invisibles le poursuivaient sans cesse, il s'en prenait surtout à la police et à des agents qui l'invectivaient depuis trop longtemps pour que cela pût durer.

Nous arrivons ici au point intéressant de notre observation, car nous allons voir un nouvel élément venir se joindre à l'élément vésanique préexistant. Disons que B... ne fut jamais un buveur ; mais, sous l'influence de ses préoccupations délirantes qui l'assiégeaient jour et nuit, afin, nous avoua-t-il lui-même plus tard, de puiser des forces pour la lutte contre ses persécuteurs, il se laissa aller à des excès de boisson répétés ; ces excès ne durèrent que huit jours, mais ne tardèrent pas à porter leurs fruits. Une nuit même il lui arriva de boire une quantité de cognac qu'il évaluait approximativement à quinze petits verres. Sous l'influence d'un pareil *modus vivendi*, il ne tarda pas à présenter des symptômes d'ordre absolument nouveau. Aux hallucinations de l'ouïe, nettement caractérisées, qu'il avait présentées jusqu'alors, se joignirent des accidents qui portaient la signature évidente de leur origine. La nuit, il voyait des assassins qui pénétraient chez lui, le provoquaient et allaient même jusqu'à le frapper ; si nous ajoutons à ce tableau que B... présenta du tremblement et de la zoopsie, il nous sera aisé de voir qu'il fut en proie alors à une crise de délire alcoolique ; mais un accident sur lequel nous voulons insister en raison de sa valeur séméiologique dans un cas aussi complexe, c'est une tentative de suicide qu'il fit au milieu de son accès d'alcoolisme subaigu : se *voyant* filé par la police, pour échapper à ses persécuteurs, qu'il voyait distinctement le poursuivre, il enjamba le parapet d'un pont et se jeta

dans la Seine, bien sûr que là on ne le poursuivrait plus. Repêché par des mariniers, il fut envoyé à l'Infirmerie spéciale, et de là dirigé à Sainte-Anne, où nous fûmes appelé à l'examiner.

Devant nous, il prétendit que le préfet de police ne lui laissait aucun répit et lui adressait les plus grossières injures. Il nous avoua même à ce propos, montrant par là qu'il avait déjà personnifié son délire, qu'il avait essayé à plusieurs reprises de se débarrasser de son persécuteur, ajoutant qu'il l'avait manqué cette fois, mais qu'il saurait bien plus tard se débarrasser de lui, car, nous disait-il, ce c... me rend la vie insupportable depuis trop longtemps.

Voici les faits. D'après ce simple exposé, il nous est facile de faire la part de deux états, vésanique et toxique, qui se disputent notre malade, et de dissocier les différents symptômes qui appartiennent et à l'un et à l'autre. Les hallucinations de l'ouïe, les idées de persécution systématisées, la personnification du délire, appartiennent évidemment au délire de persécution de Lasègue ; d'autre part, les idées de persécution fugaces, les craintes imaginaires, les hallucinations terrifiantes de la vue, les crises nocturnes font partie du tableau symptomatique de l'alcoolisme subaigu.

Ce n'est pas tout. Nous avons, dans les tentatives de suicide et d'homicide, des caractères différentiels sur lesquels nous ne saurions trop insister : sous l'influence de ses hallucinations de l'ouïe, se comportant en persécuté classique, il a cherché à maintes reprises à se faire justice lui-même ; sous l'influence de ses hallucinations de la vue, éperdu, il a cherché, comme l'alcoolique vulgaire, à se détruire, et s'est jeté dans la Seine deux fois. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la valeur séméiologique différentielle de ces deux symptômes qui affirment si nettement, même en dehors de tout le ta-

bleau symptômatique exposé plus haut, la coexistence de l'alcoolisme et de la maladie de Lasègue.

Nous étions donc autorisé, en pareil cas, à poser le diagnostic de délire multiple, en nous basant surtout sur ce fait, qui du reste a été signalé avant nous, que le persécuté alcoolique *se tue* et que le persécuté vésanique *tue*. Or le suicide et l'homicide sont ici patents.

Nous ne pouvions donc pas hésiter à voir chez B... un persécuté type Lasègue doublé d'un persécuté alcoolique.

L'événement justifia du reste nos prévisions, et, comme nous l'avons établi au début de notre travail, la thérapeutique fut pour nous ici une véritable pierre de touche. Sous l'influence de la séquestration et de la privation de stimulants alcooliques, B... se vit bientôt délivré de ses insomnies et de son éthylisme ; il n'en a pas été de même de son délire de persécution. Après un long internement, le malheureux B... est toujours aussi halluciné et aussi persécuté. Et nous sommes sûr de ne pas être trompé dans nos prédictions en affirmant que l'état vésanique continuera à évoluer fatalement, quoi qu'on fasse.

Nous nous arrêtons là. Nous ne voyons aucun intérêt à publier d'autres observations. Qu'il nous suffise de savoir que non seulement les coexistences d'un délire étranger, chez les persécutés, sont communes en clinique, et qu'elles posent non seulement un grand problème diagnostic et pronostic, mais aussi un intérêt médico-légal de premier ordre. En effet, qu'un alcoolique commette un délit quelconque sous l'influence de ses idées de persécutions, il bénéficiera évidemment de son état délirant; mais avec la sévérité qu'on montre avec raison dans les tribunaux contre les *délires acquis,* l'intoxication alcoolique en particulier, on a, au contraire, des tendances à regarder l'alcoolisme comme une petite

excuse et non comme entraînant l'irresponsabilité. Si, alors, cet alcoolique est par surcroît un persécuté (type Lasègue) et qu'il frappe, par exemple, son persécuteur, oh! alors, il n'y a plus seulement excuse, mais irresponsabilité entière. On voit quelle importance peut avoir dans les cas de ce genre, une coexistence de deux délires chez un seul et même individu.

2. — Il y aurait à étudier ici l'association du délire des persécutions avec l'état de dégénérescence mentale, avec ce délire fugace des héréditaires dont nous avons parlé au début de cet article et dont nous avons esquissé les principaux traits.

Doit-on regarder ici ces deux états, dégénérescence mentale et délire des persécutions, comme deux éléments surajoutés quand ils se trouvent chez le même individu ?

C'est là, selon nous, le point peut-être le plus obscur dans la question des coexistences.

Il est incontestable que le délire des persécutions peut se trouver chez un débile, nous en avons observé plusieurs exemples, mais doit-on voir là deux états différents, deux états indépendants l'un de l'autre ?

Nous ne le croyons pas. Il est évident que chez le débile, le délire des persécutions se ressentira à un très haut degré du terrain, et que dans son évolution, il n'aura pas les mêmes allures que le délire des persécutions évoluant chez un autre individu. Mais doit-on conclure de ce fait qu'il y a coexistence des deux états différents chez un même individu ? Nous croyons qu'en pareil cas, c'est une véritable combinaison, un état mixte, c'est seulement un délire de persécution, qui, poussant sur un terrain spécial, aura une allure spéciale, et c'est tout.

Effectivement, chez un débile, le délire des persécutions a un fonds de niaiserie, de bêtise, qu'il n'a pas

chez un autre individu : les persécutions roulent dans un cercle invraisemblable, et les conceptions ambitieuses de la période avancée auront parfois une niaiserie telle, qu'elles pourraient en imposer et faire hésiter le diagnostic par leur ressemblance avec le délire des grandeurs des paralytiques généraux. L'examen plus approfondi et surtout l'état physique écarteront vite ce diagnostic. Mais enfin, dans tout cela le terrain de débilité mentale imprimera simplement un cachet particulier au délire des persécutions, le fond du délire reste toujours le même avec ses périodes ordinaires.

*En un mot, on a alors sous les yeux un délire de persécutions évoluant chez un dégénéré, mais on n'a pas deux états différents.*

Aussi, ne regardant pas cet état mixte comme formé de deux éléments coexistants ayant chacun leur allure propre, mais bien comme un hybride, nous n'insisterons pas.

Du reste, c'est là, je crois, une simple question de mots à laquelle il ne faut pas accorder plus d'importance qu'elle n'en mérite (1). Ce qu'il faut seulement ne pas oublier, c'est qu'un pareil délire des persécutions se recouvre d'un vêtement qu'il emprunte au terrain de dégénérescence, mais que le squelette reste le même.

Cette allure, cette marche assez particulière du délire des persécutions chez le débile, chez le dégénéré, a été décrite par certains auteurs sous le nom assez impropre de délire à évolution chronique, car nous avons vu qu'au fond les grands linéaments étaient absolument les mêmes que dans le délire de persécution (type Lasègue) (2).

(1) Dericq, qui décrit cet état comme une coexistence, donne une observation détaillée et intéressante du délire des persécutions chez un débile, qui montre bien le caractère qu'il revêt en pareil cas. (Voy. *Loc. cit.* p. 43.)

(2) Legrain. Du délire chez les dégénérés.

Il est en effet difficile de décrire à part chez un persécuté les symptômes dépendant de son état de dégénérescence coexistant. Cependant, nous verrons plus loin que, quand cette dégénérescence mentale se manifeste par ces états si particuliers que M. Magnan y a fait rentrer sous le nom d'états syndromiques, elle peut être individualisée et séparée du délire de persécution. Nous en donnerons plus loin un exemple qui ne laisse aucun doute sur cette coexistence possible.

3. — Nous devrions parler ici du troisième état délirant pouvant coexister avec le délire des persécutions, l'*épilepsie* chez les dégénérés, bien qu'il soit beaucoup plus rare que les deux précédents. Étant donnée son importance médico-légale, cette coexistence est peut-être la plus importante à connaître. Seulement pour éviter d'inutiles répétitions, nous renvoyons au chapitre suivant, où nous traiterons de la coexistence possible chez un épileptique d'un délire étranger.

## III. — *De l'épilepsie dans ses rapports avec la question des délires multiples.*

Nous arrivons maintenant à l'étude des délires multiples dans lesquels l'épilepsie se présente comme un élément important. On peut, en effet, voir chez un épileptique bien des états, étrangers à cette affection, évoluer sans mêler leurs symptômes aux troubles de nature comitiale.

1. — Il y a d'abord chez presque tous les épileptiques un fond de dégénérescence mentale que l'on ne peut pas regarder comme un élément surajouté, puisqu'il fait, pour ainsi dire, partie de l'état mental, du *morbus sacer*. En effet, à part quelques rares exceptions, on peut dire, sans être taxé d'exagération, que formuler le

diagnostic d'épilepsie, c'est formuler implicitement, du moins dans une certaine mesure, le diagnostic de dégénérescence mentale. Remarquons que nous disons dégénérescence mentale et non débilité mentale. On a pu voir des épileptiques, l'histoire a donné des noms, et nous en connaissons tous, qui ne sont nullement des inférieurs intellectuellement parlant; mais ils seraient alors, à part quelques exceptions, des dégénérés. Or, on sait que parmi les dégénérés, on a décrit des anormaux (Morel) à intelligence très brillante et très développée (dégénérés supérieurs de Magnan), des génies même (Moreau de Tours), en dehors de la grande classe des débiles (dégénérés inférieurs de Magnan). Ainsi comprise, on peut dire que la dégénérescence mentale forme le fond de l'état mental de presque tous les épileptiques.

On doit donc voir dans cet état de dégénérescence mentale dans l'épilepsie, plutôt une conséquence forcée, une véritable règle, que deux modalités délirantes de nature différente évoluant chez un même individu.

Aussi, contentons-nous de dire ici que la dégénérescence mentale, comprise dans le sens que nous lui donnons, a été admise par tous les auteurs comme pouvant faire le fond de l'état mental de l'épileptique. Dericq cite une observation d'épilepsie chez un dégénéré qui confirme cette manière de voir (1). Quant à nous, sur 21 épileptiques hommes et 11 épileptiques femmes que des troubles psychiques avaient amenés à Sainte-Anne, et que nous avons eu occasion d'observer, nous avons recherché cette dégénérescence mentale, en nous basant soit sur des signes de débilité mentale, soit sur des signes physiques et psychiques de dégénérescence héréditaire. Il nous a été possible de la retrouver nettement chez 15 hommes et 4 femmes.

(1) Dericq. *Loc. cit.*, p. 75.

Une moyenne si forte prouve que loin d'être une exception, cette association est plutôt la règle chez les épileptiques. Et nous ne devons plus, dès lors, y voir une coexistence.

Cependant nous dirons ici, pour l'épilepsie, ce que nous disions pour le délire des persécutions : quand l'accumulation héréditaire se manifeste chez un individu par l'explosion des accidents impulsifs, anxieux, si particuliers, on doit regarder ces états impulsifs, anxieux, comme de véritables complications, comme de véritables éléments surajoutés. Nous avons observé un cas de ce genre très caractéristique, mais pour ne pas nous exposer à d'inutiles répétitions, comme il y avait dans l'espèce également coexistence de délire de persécution, nous l'ajournons.

Nous donnerons cette observation quand nous traiterons tout à l'heure de la complication de l'épilepsie par le délire de Lasègue. Nous voulons parler de E..., dont nous donnons plus loin l'observation.

2. — Tout autre est l'association de cette névrose avec l'alcoolisme. On doit, en effet, voir entre le délire épileptique et le délire alcoolique une véritable coexistence. Sous ce rapport, on peut dire que de tous les délires multiples, celui qui est constitué par la présence chez le même individu du mal comitial et de l'alcoolisme, représente non seulement un fait clinique vrai, mais un fait clinique de la plus haute importance pratique. Nous voulons parler des considérations médico-légales que ce délire multiple en question soulève.

Lasègue, le premier, comme nous l'avons vu, dès 1868, avait donné des exemples de ce délire multiple où l'on voyait les deux ordres de symptômes, ayant pourtant de si grands points de ressemblance, parfaitement analysés et dissociés. Et cependant, ce n'est pas toujours chose facile. Dans les deux états, en effet, on

trouve des hallucinations terrifiantes de la vue, « des conceptions saisissantes et mobiles, et dans les deux, les actes sont en rapport avec le délire ».

Car, en effet, les attaques ne sont pas toujours un moyen de reconnaître l'épilepsie, car l'alcoolisme provoque quelquefois des accès convulsifs en tout semblables aux attaques comitiales, lesquelles, pour Lasègue, peuvent même « entraîner une perte passagère de conscience ».

Cependant les fugues impulsives dans le cas de la névrose, et les crises nocturnes, la zoopsie, les troubles physiques dans l'alcoolisme, et surtout le criterium thérapeutique, aideront beaucoup à reconnaître ces deux états.

Mais il y a surtout un point qui ne trompera jamais, sur lequel MM. Magnan et Dericq insistent beaucoup dans leur article sur les coexistences, c'est *l'inconscience absolue* de l'acte comitial. Dans l'alcoolisme, au contraire, le délire sera toujours *conscient* et le malade en gardera toujours le souvenir.

C'est ainsi que dans un délire multiple de cette catégorie (alcoolisme et épilepsie), l'ictus comitial marquera surtout sa place au milieu de l'évolution des symptômes éthyliques, par la perte du souvenir. Nous avons vu que Lasègue admettait également une inconscience passagère dans l'épilepsie alcoolique, mais cette opinion n'est pas généralement admise, et l'inconscience restera toujours comme le cachet d'un délire comitial.

Nous nous rappelons qu'à plusieurs reprises sur ce simple signe, *l'inconscience de l'acte* pendant le cours d'un délire alcoolique, nous vîmes porter le diagnostic d'ictus épileptique intercurrent, justifié plus tard. Nous nous rappelons, entre autres cas, un alcoolique qui, au milieu d'une crise d'agitation maniaque provoquée par l'alcool, s'était fait une coupure au poignet. Lorsqu'on

l'interrogeait sur cette blessure, il répondait qu'il pensait s'être fait là une brûlure, mais qu'il ne se rappelait rien. Sur ce seul fait d'inconscience qui n'avait cependant pas duré plus d'une minute, on put diagnostiquer un ictus comitial chez un alcoolique, diagnostic qui fut confirmé par de grandes attaques ultérieures.

La coexistence de ces deux délires est importante à connaître, car il résulte d'une statistique que nous avons faite à ce sujet, qu'elle est extrêmement fréquente, et que le clinicien doit toujours la rechercher chez un épileptique.

A quoi doit-on attribuer cette fréquence de l'alcoolisme chez les comitiaux? Est-ce, comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, parce qu'ils présentent très souvent en même temps un état mental spécial aux dégénérés, état qui les pousse à boire? Ou bien doit-on voir dans cette intoxication un effet de leur névrose, qui, par des impulsions inconscientes, les pousse aux excès de boissons et les rend alcooliques? Ces deux ordres de causes doivent probablement entrer également en ligne de compte.

Quoiqu'il en soit, sur 38 épileptiques hommes et femmes amenés à la clinique de Sainte-Anne pour troubles psychiques, et que nous avons examinés au point de vue des complications du mal comitial par l'alcoolisme, nous avons relevé 12 cas où l'élément alcoolique s'était nettement montré: 11 cas chez les hommes, 1 cas seulement chez les femmes. Nous avons éliminé, en faisant cette statistique, tous les cas où il n'avait pas été possible de découvrir des manifestations évidentes et claires d'intoxication alcoolique.

Cette statistique montre suffisamment jusqu'à quel point cette coexistence est commune en clinique, puisqu'elle se montre chez plus d'un tiers des épileptiques. Cette tendance à rechercher l'alcool, chez les épilepti-

ques, est d'autant plus funeste que les abus de boissons provoquent des crises chez la plupart d'entre eux, à un tel point qu'il y a des comitiaux « qui comptent leurs attaques par le nombre de *ribotes*, selon leur expression, qu'ils ont faites » (1).

Nous ne donnerons pas ici les 12 cas que nous avons recueillis; nous publierons seulement trois observations où nous avons pu nettement dissocier chez un même individu les deux éléments, comitial et alcoolique. Les voici en résumé :

B... (A.), 39 ans, tailleur, est un buveur émérite que ses excès alcooliques ont fait séquestrer sept fois dans les asiles d'aliénés. Lorsqu'il est entré pour la première fois à Sainte-Anne, en 1882, il portait sur son certificat : «hallucinations de la vue, excès alcooliques»... Mais *l'amnésie* touchant certaine particularité relative à son entrée, et comprenant seulement quelques moments, fit porter le diagnostic d'épilepsie. A sa seconde entrée, on mentionne des vertiges et des attaques comitiales en plus des troubles alcooliques ; au milieu des renseignements précis qu'il donne, il existe des lacunes dues évidemment à l'inconscience épileptique. Après quatre autres entrées, toujours motivées par ses excès alcooliques, il rentre une septième fois à la clinique, le 29 juillet 1886. Il présente en ce moment au grand complet le tableau de l'accès subaigu de l'alcoolisme chronique : il a de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, des hallucinations de la vue, visions d'animaux, etc. Les troubles physiques ne font pas défaut non plus : tremblement des mains et de la langue. Il s'était présenté la veille aux portes du Panthéon, portant un pavé dans son mouchoir, et disant qu'il voulait tuer toutes les personnes qui voudraient l'empêcher de prendre le train à la

(1) Magnan. De l'alcoolisme, p. 267.

gare Montparnasse... Il raconte bien ces faits, seulement quand on l'interroge sur d'autres particularités de son histoire, il accuse une *inconscience absolue.* Ce malade urine au lit et a des attaques convulsives.

Il est facile de voir dans l'observation, ce qui se rapporte au mal comitial et à l'alcoolisme. C'est ainsi que le fait de se présenter au poste du Panthéon, scène dont il a du reste le souvenir, est typique et caractéristique de l'alcoolisme subaigu. L'amnésie touchant certains autres actes délirants de sa vie, porte au contraire la signature du mal comitial.

Nous allons donner maintenant l'observation d'un épileptique alcoolique, chez qui les manifestations comitiales étaient absolument couvertes à son entrée par le cortège des symptômes bruyants de l'alcoolisme.

G. D..., 37 ans, a déjà fait un premier séjour en 1885, à l'asile de Ville-Évrard, pour un délire alcoolique extrêmement violent, se manifestant par des cris et des chants, et par une agitation désordonnée des mouvements. Il ne paraissait pas à ce moment, d'après les renseignements que nous avons pu obtenir, avoir présenté des phénomènes d'ordre comitial.

Palefrenier de son état, il faisait de nombreux excès de boisson, qu'il a continués à sa sortie, et qui ont nécessité une seconde, puis une troisième fois sa séquestration dans les circonstances suivantes. En allant à son travail le matin, après avoir fait de nombreuses libations la veille, il fut pris tout d'un coup d'un accès de délire alcoolique intense : boulevard Barbès, il se mit subitement à gesticuler et à crier : « Tous sont des assassins depuis Rothschild jusqu'au dernier... Celui qui m'approche, je le tue. » Six agents qui vinrent pour l'emmener furent successivement bousculés et piétinés. On parvint enfin à le maîtriser et à l'emmener au poste, puis à l'Infirmerie spéciale, d'où il fut mené

à la Clinique. A son arrivée, G.. est dans un état d'agitation maniaque extraordinaire, qui l'empêche de répondre aux questions ; incohérence, il crie à tue-tête qu'il est roi de France et qu'il va tout faire bombarder ; il porte les marques de plaies sur la face et sur les membres. Au bout de quelques jours de séquestration, il répond à l'interrogatoire, et raconte la scène de pugilat qui a motivé son arrestation ; il *s'en rappelle très bien* tous les incidents ; au contraire, quelques faits se rapportant à son passage à l'Infirmerie spéciale, à son séjour au poste, lui ont échappé complètement : amnésie qui trouve son explication dans la constatation de vertiges et d'attaques franchement épileptiques qu'il a eues depuis son entrée dans le service.

Il y a dans l'histoire de cet épileptique alcoolique un fait sur lequel je ne saurais trop insister, parce qu'il a un intérêt médico-légal de la plus haute importance : G. s'est livré à des voies de fait sur des agents, et l'un deux qui a reçu un coup de genoux, a été grièvement blessé, dit le rapport. G... avait deux internements dans un asile d'aliénés, et de ce chef il n'a même pas été en prévention et a bénéficié de ses certificats antérieurs d'aliénation. Mais que ce malade ait été poursuivi conformément aux lois, quel aurait été le rôle de l'expert chargé d'apprécier sa responsabilité ?

C'est là précisément qu'apparaît l'importance de la connaissance de ces délires d'origine différente pouvant évoluer chez le même individu.

En effet, on a vu que G... se *rappelait* tous les détails de la scène de pugilat dans laquelle il avait assommé le sergent de ville. Bien que dûment épileptique, on était forcé de ne pas voir dans cet acte une *impulsion comitiale,* puisqu'il n'y avait pas inconscience, et que d'autre part, ce même acte avait tous les carac-

tères d'un acte d'alcoolique : idées niaises de grandeur, attaques, etc.

On comprend alors, dans l'appréciation de laresponsabilité, la différence qu'il doit y avoir entre un délit provoqué par l'alcoolisme et un délit inconscient provoqué par l'épilepsie. Celui-ci entraînera toujours, c'est de l'avis du moins des tribunaux français, l'irresponsabilité pleine et entière du prévenu. Mais il n'en sera pas de même d'un acte délictueux provoqué par l'alcoolisme : les magistrats français ont tendance à voir dans un délirequi,en somme, est un délire acquis, moins un agent d'irresponsabilité qu'une légère excuse.

Voici une troisième observation d'épileptique alcoolique, chez qui l'ictus initial se montrait surtout sous forme de délire d'action, d'impulsions, etc. Elleconcerne un malade que nous avons pu suivrependant six mois, et chez qui on put également dissocier les deux éléments : épilepsie et éthylisme.

Vr..., 33 ans, employé de commerce ; hérédité : père mort à 63 ans, attaques d'asthme — mère vivante et bien portante — maux de tête fréquents qui lui arrachaient des cris — ne précise pas davantage. — A 12 ans, avait de fréquents écoulements d'oreille ; scrofule probable. — N'a pas connu ses grands parents.

Voici les renseignements concernant son histoire antérieure à son entrée à Sainte-Anne :

Il a des attaques d'épilepsie depuis l'âge de 17 ans. Il se réveille souvent la nuit, saute hors de son lit, frappe les objets qui sont devant lui, se promène dans sa chambre en poussant des cris qu'on entend chez les voisins. — Ce délire d'action dure deux ou trois minutes — puis il se recouche.

*Fugues.* — Plusieurs fois il est revenu à son domicile, tout meurtri, tout contusionné. Lorsqu'on lui demandait la cause de ses blessures, il répondait : « On

m'a battu, mais je ne connais ni la personne qui m'a frappé, ni dans quelle condition on m'a frappé. »

Un dimanche il est allé dans une église au milieu de la messe pour chercher sa fille qui s'y trouvait, a tout bousculé, a renversé les chaises et les personnes qui étaient devant lui, en poussant de grands cris. Le prêtre a interrompu la messe. Plusieurs personnes aidées du sacristain l'ont saisi et frappé, croyant avoir affaire à un homme ivre. Au dire de sa belle-mère, il fut couvert de coups et de contusions à la suite de cette sortie. La terreur qu'il a occasionnée fut telle que tout le monde prit la fuite. Conduit alors chez le commissaire de police, il fut réclamé par sa femme et relâché. Interrogé sur les détails du scandale qu'il avait fait à l'église de Saint-Michel, il répondait *qu'il ne se rappelait rien.*

Au magasin où il était employé, on l'appelait *le danseur*, en raison des actes auxquels il se livrait par instants. Plusieurs fois, en effet, il lui est arrivé de sauter sur le comptoir devant les clients, en proférant des paroles bizarres et sans suite; au bout de trois à quatre minutes, il descendait, et lorsqu'on l'interrogeait en lui demandant pourquoi il se livrait à de telles acrobaties, il paraissait tout surpris d'une pareille question, et répondait en balbutiant *qu'il ne savait pas.*

En dehors de ce délire d'action, l'accès comitial a revêtu plusieurs fois, pendant qu'il était employé dans ce magasin, la forme de crises convulsives ordinaires. Son patron a dû alors se priver de ses services, pour ne pas perdre sa clientèle.

*Impulsions.* — Plusieurs fois aussi, sous l'influence de l'ictus épileptique, il a frappé dans la rue des gens inoffensifs. Parmi ceux-ci, quelques-uns comprenant qu'ils avaient affaire à un aliéné, se contentaient de le tenir en respect, mais plusieurs fois on lui rendit les

coups qu'il portait, et maintes fois il est revenu au logis la figure et les mains ensanglantées.

Les accès le prenaient souvent chez lui, surtout un mois avant son entrée à la Clinique — aussi bien le jour que la nuit, mais surtout la nuit. — En dehors de la forme convulsive ordinaire, ses attaques se sont souvent manifestées par un simple délire des actes.

S'il était assis, il se levait, brandissait sa chaise, frappait et cassait les objets qui se trouvaient à sa portée.

S'il était couché, il se levait hors de son lit, faisait le tour de la chambre en gesticulant et venait se recoucher, ou bien frappait son oreiller en prononçant des paroles sans suite et incompréhensibles.

V faisait alors un tel vacarme que les voisins ont porté plainte au commissaire de police, qui, à plusieurs reprises, a dû faire des remontrances à sa famille.

Voilà les renseignements que nous avons eus sur son état avant son entrée dans l'asile.

Déjà séquestré en 1884, il était resté cinq mois dans le service de M. le professeur Ball.

A sa seconde entrée, le 7 mars 1886, où nous pûmes l'observer, voici les symptômes qu'il nous présenta :

L'ictus comitial se manifestait sous forme, soit d'*attaques convulsives*, soit de *vertiges* simples, et plus souvent encore sous forme de *troubles psychiques*. Ceux-ci, comme il était à penser d'après les renseignements qui précédent, consistaient également en *impulsions, fugues, hallucinations*.

*Hallucinations.* — Mais ce sont surtout les troubles psycho-sensoriels qui nous intéressent ici, en raison des nombreux excès de boisson que le malade avait faits. La belle-mère de V... nous apprit dans la suite que depuis sept ou huit ans, il faisait journellement de nombreux excès d'eau-de-vie et d'absinthe.

En effet, c'est dans les hallucinations que nous avons vu la preuve la plus intéressante de la coexistence de l'alcoolisme chez notre épileptique.

Par moments, *le jour*, en pleine visite, ce phénomène hallucination revêtait franchement le caractère comitial, qui est sidifficile à différencier dans la plupart des cas. Il quittait sa place, s'agitait, bousculait les autres malades, et fixant un point dans l'espace, s'excitait, devenait rouge de colère et s'écriait : « Mais c'est étonnant, je vois M. B... » Il se calme enfin, et lorsqu'on lui demande ce qui vient de se passer, il répond évasivement.

On reconnaît là dans ces hallucinations ayant lieu *le jour*, accompagnées de mouvements violents et de la perte du souvenir, le caractère sacré.

Mais à côté de ces hallucinations diurnes, il a la nuit des hallucinations qui nous paraissent avoir franchement le caractère éthylique : visions d'animaux, cauchemars, chute dans des précipices... Ces hallucinations nocturnes, le malade *s'en souvient* et en donne le détail, tandis que, au contraire, il n'en est pas de même de son délire d'action.

*Délire d'action.* — Il se lève la nuit, dans la salle, tourne autour de son lit pendant deux ou trois minutes, frappe son oreiller en criant qu'il va tuer le Dr L... (le docteur L. est le médecin qui lui a dit brutalement que sa femme était atteinte d'une maladie mortelle). Nul souvenir de ses actes.

Pendant la visite, à plusieurs reprises, nous l'avons vu traverser le jardin en courant et poussant une exclamation inintelligible, puis venir se rasseoir sans rien se rappeler. Très irascible, s'est livré quelquefois à des scènes d'une extrême violence contre les gardiens, contre les autres malades.

V... a eu du reste des attaques comitiales qui ont présenté le caractère classique.

*Troubles de la motilité.* — Tremblement des membres ; sa marche est hésitante et incertaine. Ce tremblement ne se montre pas toujours avec la même intensité.

Il s'accentue dans la marche, il devient plus sensible quand il croise les jambes.

*Tremblement des mains.* — V... ne peut pas écrire. Écriture tremblée et illisible par moment, même avec beaucoup d'application.

*Tremblement de la langue.* — Trémulation vermiculaire des lèvres et des joues. Il y a même de l'embarras de la parole par moment.

Au dire du malade, V.. aurait eu sa première attaque en 1871, pendant la Commune. Les fédérés avaient voulu le fusiller avec son père. De 1871 à 1884, elles avaient lieu une fois par mois. En 1884, sans cause connue, elles se montrèrent toutes les semaines.

Il eut même à plusieurs reprises deux ou trois attaques par jour.

Il était entré une première fois en 1884, à l'asile Sainte-Anne pour ces troubles épileptiques, qui s'étaient amendés sous l'influence du traitement, et le malade avait pu sortir. Mais sous l'influence d'excès de boisson répétés, ils étaient reparus avec plus d'intensité, et son état avait nécessité un second internement.

Voilà l'histoire de ce malade. — On pourrait par ce seul examen des symptômes psychiques et somatiques en déduire ce qui appartient à l'alcoolisme : les accidents éthyliques ( visions d'animaux la nuit — tremblement ) cessant peu à peu sous l'influence de la privation. — Les troubles comitiaux sont plus tenaces, et, malgré un traitement par le bromure, quoique très amendés, ils duraient encore six mois après son internement. Quand il fut transféré au mois de juillet, V... avait encore quelques vertiges ; son état mental, profondément touché,

s'était peu amélioré. Mais jointe aux symptômes précités, l'intervention confirma suffisamment l'évolution simultanée chez V... de deux états : l'*épilepsie*, dont les manifestations très bruyantes avaient tout couvert ; l'*alcoolisme*, dont quelques symptômes suffisamment accentués trouvaient leur explication dans les excès antérieurs du malade.

Je m'arrête dans cette étude de la complication de l'épilepsie par l'alcoolisme. Elle est fréquente, comme nous l'avons vu, et nous pourrions citer à l'appui plusieurs autres observations. Qu'il nous suffise de savoir que quand ces deux états coexistent chez le même individu, on peut faire, avec un peu d'attention, la part de l'un et de l'autre, et que cette notion peut, le cas échéant, avoir une importance médico-légale de premier ordre, comme nous l'avons vu dans notre seconde observation. M. Magnan, dans ses leçons sur l'épilepsie (1), en donne un exemple. Il s'agit d'un comitial alcoolique qui commit trois vols inconscients sous l'influence d'impulsions épileptiques, et qui en dehors de ces accidents, dus au *morbus sacer*, sous l'influence du délire alcoolique, se livrait à des actes divers (tentative de suicide...) dont il avait parfaitement conscience.

On comprend, en effet, que dans les deux cas, comme nous le disions plus haut, la responsabilité ne soit pas la même. Un délit commis sous l'influence de l'ictus épileptique inconscient, entraînera toujours une irresponsabilité entière, tandis que, la plupart du temps, l'acte délictueux commis sous l'influence du délire alcoolique n'aura plus les mêmes excuses. Car enfin, avec Dericq « ne peut-on soutenir que l'alcoolique, l'ivrogne, reste dans une certaine mesure, responsable des actes

(1) Magnan. *Loc. cit.*, p. 72 du tirage à part.

qu'il a commis sous l'influence de son intoxication volontaire ? » (1). Il y a en pareil cas, au point de vue de la responsabilité, toute la différence qu'il peut y avoir entre un état acquis et une vésanie héréditaire.

3° Nous allons nous occuper maintenant d'une complication du délire épileptique également très intéressante, mais aussi rare que celle que nous venons d'étudier est fréquente. Nous voulons parler de la coexistence chez un épileptique d'un délire de persécution systématisée.

Nous trouvons, comme nous l'avons dit plus haut, cette coexistence du délire des persécutions et de l'épilepsie, signalée par quelques rares auteurs. M. Magnan, dans le travail dont nous avons déjà parlé, y fait allusion (2). M. Garnier a publié, à ce point de vue, dans la *Gazette hebdomadaire*, une des premières observations. M. Respaut, dans sa thèse inaugurale, en cite également quelques cas (3).

Sur 38 cas d'épileptiques délirants que nous avons recueillis dans le service de M. le professeur Ball, nous n'en avons trouvé qu'un cas. Nous n'entendons ici bien entendu que le délire des persécutions classique avec systématisation et avec ses différentes étapes, et non les délires de persécution symptomatiques, comme certains états mélancoliques, certains états alcooliques.

Ainsi entendue, nous tenons cette coexistence comme très rare. Dericq, dans son mémoire, complet d'ailleurs, n'en signale pas un seul cas sur cinquante observations de délires multiples.

Nous n'en avons pas trouvé d'autres exemples dans les auteurs. Lasègue, dans son article si remarquable du délire des persécutions, n'en signale pas la possibilité.

(1) Dericq. *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.* p. 59.
(3) Respaut. Du délire épileptique. Thèse inaug.

Aussi pour cette raison, avons-nous cru bon de publier ici en détail le seul exemple de ce double délire que nous ayons eu la bonne fortune d'observer, chez un individu qui présentait par surcroît, à un moment donné de son histoire pathologique du délire alcoolique, et qui nous a offert de plus un tableau des plus complets de l'état de dégénérescence mentale héréditaire. Nous aurons ainsi l'occasion de citer une observation de délire multiple dans laquelle les états impulsifs et anxieux de l'état héréditaire peuvent être regardés comme véritables états psychopatiques surajoutés, comme nous l'avons dit plus haut. Nous aurons donc dans cette observation non seulement un cas de double délire (épileptique et vésanique), évoluant chez un même individu, mais un délire très complexe dans lequel, après un examen attentif de plusieurs mois, nous sommes arrivé à reconnaître quatre éléments d'origine et de nature absolument différentes, et évoluant chacun avec sa marche et ses caractères propres : épilepsie, délire des persécutions, états impulsifs et anxieux de la dégénérescence mentale, alcoolisme. Mais abordons l'étude des faits, nous verrons ensuite les considérations et les conclusions qui en découlent ; mais faisons remarquer auparavant que cette observation est surtout intéressante parce que chacun des éléments délirants y trouve son explication et son origine.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, E..., de taille moyenne, et chez qui nous avons cherché en vain des traces de ces stigmates physiques que nous pouvions nous attendre à y trouver.

Du côté de l'hérédité nous avons trouvé des renseignements du plus grand intérêt.

Le *grand-père* paternel de notre malade a eu dix enfants, sur lesquels plusieurs ont présenté des troubles cérébraux, entre autres le père de E...

*Celui-ci* est mort à 77 ans. Il habitait les environs de S..., il était connu dans le pays « le fou de Sch... » ; aurait été traité à plusieurs reprises par Schuzemberger pour des hallucinations de l'ouïe. Il entendait des voix qui l'appelaient nuit et jour : « Fou de Sch.., fou de Sch.. » Pleurait souvent en disant à ses enfants qu'il n'avait jamais rien fait pour mériter les injures et les persécutions qu'on lui infligeait. Cet état paraît avoir duré une vingtaine d'années. Notons ici, en passant, expressément, la notion héréditaire de cet état qui semble bien, par son évolution et par la nature des hallucinations de l'ouïe, avoir été un délire type de *persécution*.

La *mère* de E... est morte à 81 ans, jouissant de la plénitude de ses facultés. Seulement elle avait des attaques et *tombait*. E... ne les a jamais vues, mais il a entendu dire que sa mère avait été épileptique. Elle a eu seize enfants.

L'aîné est mort à 25 ans ; dès l'âge de 10 ans peignait fort bien et faisait des portraits très ressemblants de son père et de sa mère, sans jamais avoir pris aucune leçon ; cette facilité prodigieuse pour la peinture et le dessin le fit arriver, encore très jeune au poste de dessinateur en chef au Ministère de la Guerre ; il fut nommé par le maréchal Magnan, alors ministre, malgré une instruction tout à fait élémentaire. Mort depuis, tuberculeux. Nous donnons ces détails parce que certains auteurs ont vu dans cette précocité intellectuelle et dans cette aptitude extraordinaire dans les arts et les lettres, un signe de parenté avec la dégénérescence mentale (1).

Un autre de ses frères passait dans le pays pour extrêmement jaloux ; il était marié à une femme de vingt ans plus âgée que lui, interprétant mal tous ses faits et gestes, lui rendant la vie très malheureuse.

(1) Moreau de Tours. (Psychologie morbide.)

Deux de ses sœurs sontreligieuses et très intelligentes.

Nous n'avons pu nous procurer aucun renseignement sur ses autres frères et sœurs.

E... est le treizième enfant de cette famille, et disons dès à présent qu'il paraît avoir reçu en héritage les deux psychoses de ses parents. Sa vie tout entière, par surcroît, est celle d'un héréditaire dégénéré. Pendant l'enfance, il paraît avoir joui d'une excellente santé ; mis au collège de très bonne heure, il en sortit après avoir fait de très bonnes études. Il ne passa pas ses examens du baccalauréat, parce que ses supérieurs, le destinan à la prêtrise, l'en empêchèrent. Ne se sentant pas de goût pour cette vocation, il donna pendant quelque temps des leçons particulières pour faire vivre sa famille. Puis vint l'époque du tirage au sort. Pendant sept années de service militaire, il fit des excès de boissons, rhum et absinthe, qui furent probablement d'un certain poids dans l'explosion des accidents qui éclatèrent à l'époque de sa libération. Il fit courageusement son devoir pendant la guerre de 1870 et fut blessé à Sedan ; il assista à plusieurs grandes batailles et fut proposé à l'issue de la campagne allemande pour le grade de sous-lieutenant, mais il quitta l'armée en 1871.

C'est vers cette époque que les symptômes du mal comitial, le premier dans l'ordre chronologique, se manifestent chez lui. Libéré du service militaire, il se fait professeur libre. Plusieurs fois, au milieu de ses leçons, il fut sujet à des *vertiges*, à des *absences ;* il lui est arrivé plusieurs fois, au milieu d'explications, de pâlir et de prononcer des paroles sans suite dont il n'avait aucun souvenir. Quelquefois, s'interrompant subitement, il s'affaissait sur une chaise sans rien dire et reprenait le fil de son discours sans rien se rappeler. Il n'a jamais eu de grandes attaques convulsives, même à ce moment.

Plusieurs fois aussi, jouant au billard, il eut des absences dont il n'avait aucun souvenir, mais que ses amis interprétaient à leur façon et appelaient des *faiblesses;* il laissait alors tomber ce qu'il avait dans les mains, et quand venait son tour de jouer, il paraissait tout surpris et demandait pourquoi on lui avait enlevé ce qu'il tenait.

Dès ce moment aussi, il est arrivé plusieurs fois à E... de se trouver roué de coups et la figure ensanglantée, sans savoir comment ces blessures lui avaient été faites. Bien des fois il s'est trouvé tout d'un coup à plusieurs lieues de son domicile, sans s'être aperçu du chemin qu'il avait parcouru et sans rien se rappeler.

Pendant qu'il était professeur libre, s'étant laissé aller à des excès alcooliques, il eut pendant quelque temps des hallucinations visuelles dont il a conservé parfaitement le souvenir : c'était des visions d'animaux, des crises nocturnes, c'était des régiments entiers de soldats qui passaient sur son lit la nuit et qui lui tiraient des coups de fusil... Il paraît donc, dès 1871, avoir présenté des symptômes d'ordres différents qui portent clairement la signature de leur double origine : vertiges épileptiques et délire alcoolique. Il ne présentera que plus tard des symptômes propres à la dégénérescence mentale et les signes du délire des persécutions.

Placé comme professeur dans une institution, notre malade fut remercié, en raison de ses excès, et pour vivre se mit comptable à domicile : les clients lui apportaient chez lui des comptes à régler, ce qu'il faisait avec la plus grande habileté et la plus grande promptitude.

Dans cette nouvelle profession, il lui est arrivé à diverses reprises un fait, d'ordre pathologique évidemment, et sur la nature duquel nous avouons ne pas

pouvoir nous prononcer, bien que le fait en question nous eût été expliqué très clairement ; à diverses reprises il lui est arrivé d'avoir à déchiffrer des comptes très compliqués et de les trouver tout faits sans aucune erreur; E... ne se rappelait nullement les avoir faits, mais il était forcé de convenir, en reconnaissant son écriture, que c'était bien lui qui les avait dressés.

Devons-nous voir dans ces faits une *absence comitiale*, un acte commis sous l'influence d'un état épileptique ? Évidemment l'inconscience de l'acte est bien le fait d'un ictus comitial, mais d'un autre côté, comme le font observer quelques auteurs, la cohésion dans les idées, la cohérence, écarte l'intervention d'un *ictus sacré*, quand il s'agit de raisonnements écrits ou parlés, à plus forte raison quand il s'agit de calculs compliqués. Si nous disions qu'il s'agit dans l'espèce d'un fait de somnambulisme, nous prononcerions un mot sans rien expliquer, sans pénétrer sa nature intime; aussi le donnons-nous sans commentaire.

Ses capacités exceptionnelles comme comptable le firent prendre comme caissier par un grand négociant de la capitale, vers 1874. C'est là qu'il présenta le plus bel exemple d'acte d'impulsion comitiale, qu'il nous ait été donné de rencontrer. Dans la maison de commerce où il remplissait les fonctions de caissier, se trouvaient deux autres employés qui travaillaient au même bureau que lui ; il se lève de sa place un jour que le cabinet était rempli de monde, et devant tous les employés réunis se met à uriner dans les poches de ses deux camarades. Le fait fut porté à la connaissance de son patron qui le fit mander pour avoir des explications. E... protesta de la fausseté d'une pareille allégation, disant que jamais il n'aurait voulu jouer un tour d'un goût aussi douteux à ses camarades. Mais il ne put rien

contre le témoignage d'une dizaine de personnes, et il fut congédié.

E... vécut sans place pendant quelque temps et fut sujet à cette époque à plusieurs *fugues inconscientes*.

Sous l'influence occasionnelle d'excès de boissons, il lui est arrivé de sortir de chez lui, de marcher pendant des heures entières absolument inconscient. Un jour, il fut arrêté à Asnières, après une fugue par des agents : il se trouvait à Paris le matin, et sans savoir comment il était parvenu jusqu'à cet endroit. On l'arrêta alors parce que, couvert de blessures et de boue, il ne put donner aucun éclaircissement et fut pris pour un voleur. Il était relâché quelques heures après.

Une autre fois, il entre dans la boutique d'un horloger, en proférant des paroles incohérentes, et de ce chef emmené au poste; nul souvenir de cet acte.

E... fut encore arrêté quelque temps après dans une grange, il était en train de danser sur des sacs de farine; interrogé sur ce qu'il faisait, il répondit qu'il ne savait pas où il était.

Toutes ces fugues portent suffisamment leur marque de fabrique, le cachet comitial, pour que je n'insiste pas davantage. Mais, à côté de ces fugues épileptiques, à côté de ces impulsions *inconscientes* dont la nature n'est pas douteuse un seul instant, E... eut d'autres impulsions également irrésistibles, mais celles-là *absolument conscientes* et que pour cette raison nous distrayons du tableau des symptômes dus à l'épilepsie. C'est ainsi qu'à maintes reprises, vers cette époque, il fut incontestablement poussé à commettre certains actes; il fallait alors tout abandonner pour accomplir l'idée qui germait dans son cerveau. Était-il, par exemple, au bas d'une rue qu'il venait de descendre, il était alors obsédé de l'idée de la remonter. E... n'était alors tranquille que lorsqu'il avait mis son idée bizarre à exécution. Il

lui est arrivé dans ces conditions de monter et de descendre vingt fois la même rue. Ces impulsions étaient absolument conscientes. Nous verrons tout à l'heure quelle étiquette nous devons mettre sur ces obsessions; mais disons de suite que, bien que se trouvant chez un épileptique, elles prennent leur source en dehors du mal comitial.

Il vécut ainsi misérablement pendant quatre ou cinq ans sans pouvoir trouver de place, malgré son intelligence brillante et son instruction solidě. Et lui, l'homme instruit et bien élevé, il fut successivement garçon de ferme, colporteur, palefrenier, répétiteur...

Nous insistons sur les péripéties de cette vie aventureuse, parce qu'à elle seule, comme l'ont montré Morel et Moreau de Tours, elle doit faire penser à un héréditaire.

C'est à ce moment, vers 1880 environ, que semblent s'être montrées les premières manifestations d'une nouvelle psychose, les premiers commencements d'un nouveau délire dans l'existence de cet homme, cependant si remplie déjà au point de vue pathologique, cependant si chargée du malheureux E... : nous voulons parler du *délire des persécutions*. C'est en effet vers 1881 que E... présente à étudier déjà des idées vagues de persécution, des interprétations délirantes, peut-être même quelques hallucinations de l'ouïe. Déjà il croit que dans la rue les gens se le montrent au doigt en se disant entre eux : « C'est le fils du fou de Scl... » Cependant, ces idées de persécution ne sont encore, pour ainsi dire, qu'à l'état d'ébauche. Nous reviendrons sur ce point tout à l'heure.

Ici se placent, par ordre chronologique, différentes tentatives de suicide qu'il fit coup sur coup et qui nécessitèrent un premier internement à Sainte-Anne. Parmi ces tentatives de suicide (submersions, etc.), plusieurs n'ont

laissé aucun souvenir et doivent être mises vraisemblablement *sur le compte d'une impulsion comitiale.* Mais il y en a une sur laquelle nous voulons appeler l'attention parce qu'elle met bien en relief l'état spécial dont nous avons parlé dans un chapitre précédent, l'état de dégénérescence héréditaire. Voici les circonstances dans lesquelles se fit cette tentative, *absolument consciente* du reste, puisqu'elle nous a été racontée par le malade lui-même. Laissons parler E..., on verra mieux l'irrésistibilité de sa tentative et d'autre part la satisfaction si particulière qui accompagne l'exécution de ces tentatives impulsives chez les malades de ce genre. « Je m'étais procuré, nous raconte-t-il, 20 grammes d'extrait thébaïque chez un droguiste, en prenant le costume d'un garçon de laboratoire, et en signant le nom d'un pharmacien... mais je voulais avant de mourir jouir une fois encore des beautés de la nature, et j'ai gagné les bords de la Seine, aux portes de Paris. Les quelques heures qui ont précédé mon empoisonnement ont été les plus belles de mon existence, c'est le dernier beau jour de ma vie ; j'étais si heureux, ajoute-t-il, à l'idée que j'allais bientôt en finir, que je reculais toujours le moment fatal. Je reculais le dénouement final, non par peur, mais parce que je voulais prolonger cette situation de bien-être indescriptible. Car, à ce moment, la volupté que je ressentais à la pensée de mourir était telle que je me regardais comme l'homme le plus heureux de la terre... Parti de chez moi à sept heures du soir, ce n'est qu'à une heure du matin que j'avalai le contenu de la fiole... »

Ce qui était à présumer arriva, le poison avait été pris en trop grande quantité ; transporté à Beaujon, il fut rétabli après huit jours de grandes souffrances et transporté à Sainte-Anne, où il il fut interné pour la première fois, en avril 1881, sur un certificat de M. Legrand du Saulle.

C'est alors que commença pour notre malheureux malade cette existence commune aux aliénés de ce genre, existence qui se passe tantôt à l'asile, tantôt en liberté. Il fut ainsi séquestré et mis en liberté quatre fois. Pendant ces quatre internements il ne paraît pas avoir présenté rien de remarquable ; on trouve seulement noté sur les divers certificats d'entrées : « Vertiges épileptiques accompagnés de délire mélancolique. » A sa quatrième entrée à Sainte-Anne, le 30 septembre 1883, il est transféré à l'asile Saint-D..., c'est là qu'il paraît avoir systématisé le troisième délire dont nous avons trouvé l'ébauche dès 1881, le *délire de persécution*. Il prit pour objectif le directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier et en fit son *persécuteur*. On le voit, son délire de persécution avait peu à peu évolué côte à côte avec ses autres manifestations délirantes. Le directeur de l'asile de Saint-D... est l'âme de tous les complots organisés contre lui, c'est lui qui lui adresse toute la nuit les plus grossières injures et l'appelle « assassin ». Ne pouvant plus résister à toutes les persécutions, à tous les martyres qu'on lui faisait endurer, E... s'est évadé de Saint-D... en passant par dessus les murs de l'asile. Il est revenu quelques jours après son évasion, pour tuer son persécuteur avec un ciseau à froid : « Le médecin, nous a raconté le malade lui-même, plus tard, ne dut son salut qu'au hasard. » E... le guettait sur une route où il avait coutume de passer tous les jours à la même heure ; ne voyant pas passer son *bourreau*, et craignant d'être repris, E... a gagné Paris.

C'est là qu'il a été arrêté, au Palais-Royal, où il était allé demander à un bijoutier 200 millions de bijoux pour envoyer au directeur de Saint-D... pour sa rançon. Il résulte des explications que E... nous a fournies à son entrée, qu'il avait fait, ce jour, plus d'excès que de coutume, et même de copieuses libations ; il faut donc voir

dans ce fait plutôt l'effet du délire alcoolique, peut-être même simplement de l'ivresse, car depuis six mois que nous l'observons, nous n'avons noté aucune idée de grandeur, aucun affaiblissement intellectuel.

Quoiqu'il en soit, E... fut amené à la clinique de Sainte-Anne le 2 avril 1886, sur un certificat de M. Garnier, constatant chez lui la présence de vertiges épileptiques avec coexistence de délire de persécutions systématisé. C'est à cette époque que nous l'avons vu pour la première fois et nous l'avons suivi depuis avec beaucoup d'attention depuis six mois.

Au bout de quelques jours les accidents dus à l'alcoolisme avaient complètement disparu, d'autant que E... n'avait jamais été un buveur de profession. Actuellement, à ce point de vue, les nuits sont bonnes. Son sommeil n'est pas interrompu par des cauchemars ; les visions terrifiantes, les crises nocturnes qui l'empêchaient quelquefois de dormir avant son entrée à l'asile, ont disparu.

Les troubles épileptiques plus tenaces, par ce fait qu'ils avaient leur racine dans un terrain héréditaire (dans l'espèce, l'épilepsie de la mère — transmission similaire), ont cédé à l'influence de la suppression des excès alcooliques qui entretenaient les phénomènes comitiaux ; ici, on peut le dire, les murs de l'asile ont produit les effets les plus salutaires. — Depuis six mois que nous tenons E... en observation, non seulement il n'a jamais présenté d'attaques convulsives, mais même il n'a pas éprouvé ces fugues, ces vertiges qui avaient motivé son internement à ses autres entrées.

Mais un des éléments coexistants du délire multiple de E..., qui, lui, ne s'est pas amendé, c'est la vésanie dont il avait déjà montré les premiers symptômes :

En effet, au milieu de tous ces états pathologiques, en dehors même de son état comitial légué par la mère,

E... paraît encore avoir reçu par surcroît de l'héritage paternel, la plus terrible de toutes les vésanies, le délire des persécutions.

Nous avions même cru un moment qu'il y avait dans l'espèce, chez notre malade, transmission absolument similaire, et nous avons longtemps considéré E... comme un persécuté classique du type Lasègue. Ce n'est qu'après un long examen, après avoir eu notre attention attirée de nouveau sur lui par les communications récentes de M. J. Falret (1), que nous le rangeons parmi les *persécutés raisonnants.* En effet, ce qu'on doit remarquer tout d'abord c'est qu'il semble être entré dans le délire des persécutions, d'emblée, par la persécution active. Du premier coup, il paraît avoir systématisé son délire contre le directeur de l'asile de Saint-D..., où il a été interné (2). Lui ayant un jour adressé une pièce de vers et ayant cru remarquer un sourire ironique sur ses lèvres, il se crut persécuté par lui et, à partir de ce moment, il lui a voué une haine à mort. Cette haine contre l'honorable médecin de cet asile, qui date de 1884, n'a fait que s'accroître depuis cette époque, et actuellement cette haine est encore le pivot de tout son délire. Nous avions cru, d'après les premiers interrogatoires du malade, que les premiers linéaments de cette vésanie remontaient plus haut, mais après avoir longuement observé notre malade, nous pensons que le début a été brusque. Ce que nous prenions à un examen superficiel pour une phase d'hésitation délirante, n'était que des accidents communs dans la vie des déséquilibrés. Du reste, on ne trouve nulle part, sur les nombreux certificats qui l'ont amené six ou sept fois à Sainte-Anne, mention du délire

(1) Communic. cit.

(2) M. J. Falret regarde la *personnification* de la persécution dans une seule personne comme le cachet des persécutés raisonnants. (Séance du 25 février 1878. *Soc. médc.-psyc.*)

des persécutions. Il paraît donc, et c'est là un point important, avoir personnifié *d'emblée* son délire. Il y est resté cantonné absolument : le directeur de Saint-D... est l'âme de tous les complots organisés contre lui, de toutes ses infortunes, de toutes ses misères. Dès l'origine de son délire, également, il a réagi contre toutes ces persécutions supposées, et est devenu à son tour de mille manières le persécuteur de l'homme qu'il appelait son bourreau. Je n'entre pas dans les détails de cette *persécution retournée*, qui m'entraîneraient trop loin, et je me contente d'avancer le fait. Du reste, dire en parlant d'un persécuté qu'il a personnifié son délire, c'est presque déclarer implicitement qu'il est de ce chef devenu persécuteur.

Le persécuté en effet qui fait choix d'*un* persécuteur, est toujours *actif*, est toujours persécuteur dans les limites de ses moyens, de sa situation, bien entendu. La division de Lasègue en *actifs* et en *passifs*, a trait aux persécutés qui ont systématisé, coordonné leur délire, mais qui ne l'ont pas encore personnifié.

Nous devons à la vérité de dire que notre malade, contre la règle admise par les persécutés de ce genre (1), paraît avoir eu des hallucinations de la sensibilité générale et quelques hallucinations de l'ouïe, mais celles-ci, comme cela arrive chez les persécutés classiques, n'ont pas dominé tout le délire, bien loin de là. Du reste on sait la difficulté qu'il y a quelquefois à distinguer les hallucinations de l'ouïe des simples interprétations délirantes (2).

(1) M. J. Falret, qui donne l'absence d'hallucination chez les persécutés raisonnants comme un de leurs nombreux points de diagnostic différentiel (*Ann. médico-psychol.* 1878, p. 414), dit, quelques lignes plus haut, qu'on peut les rencontrer quelquefois.

(2) M. Pottier fait remarquer à ce sujet que la confusion entre ces deux ordres de phénomènes est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit, et il cite à ce propos les paroles de M. Falret père : « Souvent,

Quoi qu'il en soit, les allures du délire de E... sont empreintes des apparences de la raison, si je puis m'exprimer ainsi. On ne trouve pas dans sa conversation ces tournures de phrases, ces mots détournés de leur sens propre, qu'on rencontre en pareil cas si souvent, et c'est précisément cette apparence de raison qui en fait un aliéné des plus dangereux.

On doit dire aussi que E... est un orgueilleux infatué de sa personne. Assez lettré, il fait à chaque instant montre et ostentation de ses connaissances scientifiques et littéraires, ce qui le rend désagréable dans le service et absolument insupportable. Mais entre cet orgueil, entre cette haute idée qu'il a de sa valeur personnelle et le délire d'orgueil proprement dit, les idées de grandeur des vrais persécutés avant même qu'ils versent dans la mégalomanie, il y a une différence bien tranchée (1). Et cependant voilà trois ans environ, et c'est encore là un point de diagnostic différentiel sur lequel nous reviendrons dans nos conclusions, voilà trois ans qu'il a personnifié son délire. E... est orgueilleux, très orgueilleux même, mais il ne l'est pas plus qu'il l'était voilà dix ans. Il a actuellement, comme voilà dix ans, à l'image de tous les aliénés raisonnants, de tous les héréditaires dégénérés, une haute idée et une idée énorme

dit M. Falret père, il nous est arrivé de diagnostiquer des hallucinations, et un examen plus attentif nous démontrait plus tard que le phénomène dont nous étions témoin avait sa cause première dans le monde extérieur. » (*In* thèse de Paris, 1886.)

(1) Cet orgueil des persécutés raisonnants a été bien mis en lumière. Notre malade E... l'est à un tel point, que sa fatuité en fait une véritable peste pour le service. Causant et discutant très haut avec les malades, avec les gardiens, il aborde tous les sujets, même ceux qu'il ne connaît pas et pose des conclusions avec autorité. Combien cette attitude est différente encore de l'attitude du persécuté classique, attitude pleine de réticences, de sous-entendus ! Dans cet ordre d'idées ces, deux catégories de persécutés sont encore placées aux antipodes : l'un, exubérant et fanfaron, pèche par excès, il est *raisonnant* ; l'autre renfermé en lui-même, laisse peu voir ce qui se passe au dedans de lui, et est au contraire essentiellement ombrageux.

de sa valeur personnelle, voilà tout; mais il n'y a pas trace de délire d'orgueil, il n'y a même pas chez lui les premiers linéaments des conceptions délirantes ambitieuses, vagues, qu'on trouve presque toujours chez les persécutés classiques à cette phase de personnification de leur folie.

Mais ce tableau pathologique, déjà si chargé, n'est pas encore complet.

E... à son arrivée à l'asile commence à éprouver des sypmtômes d'un ordre différent bien caractérisés, bien particuliers et qu'on ne pouvait pas ranger dans les trois psychoses énumérées ci-dessus. Si ces symptômes se manifestaient avec une netteté surprenante, il n'en était pas moins difficile de leur trouver une étiquette commune, car il va sans dire que pas un instant nous n'avons eu ici l'intention de ressusciter les anciennes monomanies, et de les décrire comme des éléments différents. Ces états particuliers consistant surtout en impulsions irrésistibles, états anxieux, émotifs, doivent être, croyons-nous, décrits comme puisant leur origine commune dans l'accumulation d'hérédité de notre malade. En un mot, nous devons les décrire comme les symptômes d'une nouvelle modalité clinique qui forme le fond, le terrain de toutes les autres : la dégénérescence mentale héréditaire. En résumé, bien que les états coexistants fussent déjà multiples et complexes chez E..., nous avons dû y reconnaître les éléments morbides que Morel avait donnés comme signes de la folie héréditaire en les scindant en deux classes bien différentes : les impulsions et les délires émotifs, et que depuis on a réunis dans une tentative de synthèse sous le nom de stigmates psychiques de l'hérédité.

Y a-t-il, avec M. Magnan, dans ces symptômes épisodiques chez les héréditaires un lieu commun qui autorise cette grande synthèse ? ou doit-on admettre, avec M. Fal-

ret; qu'il faille en dissocier quelques-uns ? C'est là une question de doctrine que notre inexpérience ne nous permet même pas de discuter (1).

Mais ce qu'il nous est permis de dire, c'est qu'il y a entre certains de ces états héréditaires, quelques caractères communs qui autorisent peut-être à y voir une classe spéciale, à y voir une forme morbide commune, à contours suffisamment nets pour qu'on lui donne droit de cité en pathologie mentale.

Cet état, que les auteurs appellent l'état de dégénérescence mentale, ainsi compris, devient un complexus bien vaste, il est vrai, mais il y a dans ce complexus un état délirant propre, un état mental spécial, et des épisodes morbides qui lui donnent son individualité (Morel, Falret, Magnan.)

Quoiqu'il en soit de cette digression nécessaire, nous avons cru, dans certains phénomènes morbides présentés par notre malade, voir des phénomènes étrangers à l'état comitial, à l'alcoolisme, au délire des persécutions, que nous avons mis sur le compte de l'hérédité, et auxquels nous avons donné une étiquette commune.

Nous avons déjà dit qu'avant son entrée à l'Asile, E... avait longtemps auparavant, en 1874, présenté des impulsions irrésistibles *conscientes* qu'on ne pouvait mettre sur le compte du mal comitial. Mais ces accidents avaient laissé peu de trace dans son esprit ; depuis son entrée à la Clinique, en l'étudiant davantage, nous avons pu nous convaincre de l'existence de ces *impulsions intellectuelles* de ces *stigmates pyschiques* (2).

Ce qu'il y a de plus net chez E... dans cet ordre

(1) *Société méd.-psychologique.* Discussion sur les héréditaires Magnan, Falret, Cotard, Charpentier, Bouchereau et Christian. (1885, 1886.)

(2) Dans l'espèce, la dénomination d'*impulsions intellectuelles* est due à M. le professeur Ball ; celle de *stigmates psychiques* à M. Magnan, qui les a opposées aux *stigmates physiques* de Morel.

d'idées ce sont des obsessions suivies la plupart du temps d'impulsions qui le rendent très malheureux. Les plus caractéristiques sont des *obsessions intellectuelles* qu'il ne peut réprimer et qui ne lui laissent l'esprit tranquille que lorsqu'il les a mises à exécution.

Ces obsessions intellectuelles portent surtout sur ses souvenirs classiques. Par moment, quand il lui vien malheureusement à l'idée le commencement d'un passage d'un auteur latin, par exemple, il est forcé d'aller jusqu'au bout : « Je récite mentalement, dit-il alors, tout ce que je sais du passage en question, et lorsque je suis arrêté par le défaut de mémoire, je deviens anxieux et je reste dans une véritable angoisse, jusqu'à ce que j'en aie retrouvé la suite. »

Il lui est arrivé plus d'une fois dans ces conditions, sachant que le livre qui contenait le passage évoqué par ses souvenirs se trouvait chez tel libraire, de prendre une voiture pour y être plus vite rendu. Et précipitamment, fièvreusement, au grand étonnement du bouquiniste, il consultait le passage objet de son angoisse; faisait ses excuses et repartait calmé : « J'éprouvais alors, nous disait-il, un soulagement inexprimable. » Il s'est disputé un jour dans ces conditions avec un libraire, qui sur son allure effarée l'avait pris pour un voleur.

Le souvenir des morceaux de musique produisait aussi chez E..., par moment, des obsessions du même genre. Ainsi il lui est arrivé plusieurs fois, après avoir entendu fredonner un air par un malade, ou ébaucher un morceau de musique sur le piano du parloir, de se trouver anxieux. Il se mettait alors à chercher dans sa mémoire la suite de l'air qu'il venait d'entendre, et ne retrouvait le calme qu'en retouvant le morceau oublié.

On va peut-être nous dire que ce malade est un véritable *caput mortuum* réunissant toute la pathologie men-

tale, et qu'il faut se défier des malades de ce genre. Pour quiconque a vu E..., et plusieurs médecins ont été à même de contrôler les faits que nous avançons, on n'a pu mettre en doute un seul instant la sincérité de cet état anxieux, de ces angoisses, qui, au moment où ses idées fixes le dominaient, se traduisaient sur son visage par une souffrance réelle non dissimulée. Je prends encore un exemple entre plusieurs. Il vint un soir nous trouver en nous demandant la signification courante de l'expression « passer le Rubicon ». Il avait trouvé cette phrase dans ses lectures et depuis le matin il était poursuivi par l'idée fixe qui le rendait malheureux de retrouver le sens figuré de cette formule qu'il avait oublié, *mais c'était plus fort que lui.* L'explication donnée, il retrouva immédiatement le calme, et nous remercia.

Ces obsessions se manifestaient aussi chez E... par la *recherche des noms propres,* symptôme qui a été signalé dernièrement comme une épisode survenant également dans la folie des dégénérés, et désigné sous le nom d'*onomatomanie* par MM. Charcot et Magnan (1). Nous devons même dire que c'est le premier fait anormal qui se dévoila chez notre malade. Reconnaisant à son arrivée à la Clinique le surveillant qu'il avait connu autrefois, il fut immédiatement poursuivi par la recherche de son nom; et cette recherche, qui à la rigueur peut se trouver chez les individus les mieux pondérés était accompagnée, dans l'espèce, d'une anxiété et d'une véritable gêne. Il ne put pas dormir et passa une très mauvaise nuit. Il ne fut tranquille que lorsque le matin il eut appris de la bouche d'un des gardiens le nom du surveillant en question. Il nous raconta le lendemain, à ce propos, qu'ayant beaucoup voyagé, il avait vu et connu beaucoup de personnes, et que l'obsession de leurs noms lui reve-

(1) Voy. Magnan et Charcot, *Archives de neurologie.* 1885. La première partie de ce travail a seulement paru.

nait communément ; que par exemple depuis huit jours il était tourmenté par la recherche du nom d'un négociant qu'il avait connu autrefois en Allemagne ; on fit venir le Bottin, et il y trouva avec plaisir le nom en question ; en voilà un, ajouta-t-il, en nous montrant l'annuaire en question, que j'ai consulté bien des fois dans ma vie. » Ce fait rappelle tout à fait les observations analogues de MM. Charcot et Magnan, où le Bottin jouait aussi un rôle important. E... ne cherchait que le nom des personnes qu'il avait connues autrefois. Nous avons en vain cherché chez lui les autres formes d'onomatomanie décrites et qui consistent par exemple à incrire tous les noms des personnes non seulement qu'on *connaît*, mais qu'on *voit*. Il n'avait pas non plus l'impulsion irrésistible à répéter le mot, signalée par M. le professeur Ball dans l'observation classique de l'*aliéné* 13 (1).

Nous n'avons pas noté non plus chez lui les deux nouvelles formes d'impulsions intellectuelles, d'onomatomanie, que Magnan signale dans un nouveau travail et qui consiste : 1° dans l'influence préservatrice de mot qu'on répète à cet effet ; 2° dans la sensation de corps étranger, produite par le mot avalé, et chargeant l'estomac.

Ce n'est pas encore tout ; nous pouvons ajouter qu'en plus de ces états impulsifs, E... présentait des états émotifs des plus caractérisés. Il serait peut-être plus

(1) In *Encéphale* (1881) et Folie du doute in *Fraité des maladies mentales*. M. Régis, dans un article très intéressant (*Encéphale*, n° 6. 1885) *sur les obsessions anxieuses ou émotives*, a également donné une observation fort curieuse, d'une dame atteinte de cette forme d'impulsions intellectuelles : la répétition irrésistible d'un nom, d'un mot ou d'une phrase. M. Ball avait signalé dès 1881 cette impulsion intellectuelle (onomatomanie de Charcot et Magnan, et décrite par d'autres auteurs comme une forme de la folie du doute). M. le professeur Ball avait noté déjà à cette époque une observation de ce genre dans laquelle un individu était poussé irrésistiblement dans certaines circonstances à répéter le mot « corbillard, ». — (In *Traité des maladies mentales* p. 496 — folie du doute.)

Voy. aussi Gilson, observ. d'onomatomanie, 1886. Communic. société médic. pratique.

conforme aux faits cliniques de réunir ces faits émotifs et ces faits impulsifs sous une étiquette commune.

Mais pour la facilité de la description, nous préférons nous ranger à l'opinion de Morel et de Falret qui ont tendance à scinder et à admettre au moins deux grandes catégories : 1° les états impulsifs; — 2° les états émotifs : délire émotif de Morel, et folie du doute de Falret. — Nous regarderons néanmoins ces deux états psychopatiques comme se touchant de très près et comme ayant une même origine : l'hérédité.

Ainsi donc, en plus de ses impulsions irrésistibles que nous venons de passer en revue, E... présentait une *émotivité* réellement pathologique, se rapprochant de l'état que Morel a décrit sous le nom de délire émotif et dont il faisait avec raison une véritable entité morbide (1). E... nous raconte que depuis un certain nombre d'années, il n'a jamais pu passer devant un *clocher*, ni *devant des maisons en réparation*, et devant quelques autres endroits spéciaux. Pour les éviter, il fera quelquefois un long détour, ou s'abstiendra d'aller dans certains quartiers. Il y a donc ici simplement *topophobie*, car jamais il n'a peur de pénétrer ni dans les endroits vastes, comles places publiques (agoraphobie) (2), ni dans les espaces fermés (claustrophobie) (3).

Nous avons vu que, antérieurement à son entrée à Sainte-Anne, E... avait, dans le même ordre d'idée, présenté ce trouble de la volonté si particulier et si bizarre décrits par Billod (4) et par Ribot (5). Par moment, en effet, on l'a vu, malgré les efforts de volonté E... était

(1) Morel. Du délire émotif. *Arch. de Médecine*, 1866.
(2) Legrand du Saule.
(3) *Westphal.*, Ball, Ritti etc.,
(4) Billod rapporte l'exemple d'un notaire qui se trouvait dans une situation telle qu'il *ne pouvait pas vouloir*. Maladie de la volonté. *Annales méd- psychol.* t. X. 1847-8.
(5) Ribot. Maladie de la volonté,

irrésistiblement poussé à marcher et à remonter quinze et vingt fois la même rue.

Deux ou trois fois, étant assis, bien que la volonté lui dictât énergiquement de se lever il lui est arrivé de rester assis, cloué sur sa chaise, impuissant; et cependant ce n'était pas chez lui inertie, car il souffrait terriblement de cet état qui le rendait extrêmement malheureux.

Ce *phénomène d'arrêt*, cette *aboulie* est un fait très rare dans l'histoire des aliénés. E... est le seul aliéné que nous ayons jamais vu présenter ces symptômes, mais il l'a accusé très nettement, deux ou trois fois, devant nous (1).

Tous ces états si variés, impulsifs, émotifs, etc., que nous venons de passer en revue, sont pour nous, chez E..., la conséquence d'un élément indépendant des trois autres états psychopathiques coexistants : alcoolisme, épilepsie, vésanie ; et nous croyons devoir les rattacher à un état surajouté, produit chez lui par l'accumulation héréditaire.

Cette assertion nous semble d'autant plus fondée que notre malade présente certaines perversions bien propres aux héréditaires. Non pas que E... ait jamais présenté des tendances dépravées, des perversions génitales héréditaires, car il fut toujours sous se rapport à l'abri de tout reproche; mais, par la pureté extra-physiologique de ses mœurs, il mérite précisément d'être classé parmi les héréditaires pervertis. Il y a, en effet, dans son histoire pathologique, une femme qu'il n'a vue qu'une fois, voilà de longues années, qui ne le connaît pas et à qui il a voué cependant un amour éternel; mais cet amour qui absorbe toute sa vie n'a rien de charnel : les

(1) M. Ball, dans cet ordre d'idées, cite un malade qui avait un trouble particulier de la volonté « voulant entrer dans une maison ou en sortir, il éprouve au seuil de la chambre une résistance invincible. Il faut qu'on le pousse pour lui faire franchir un obstacle... » (*Loc. cit.*)

sens n'y jouent absolument aucun rôle « Jamais, dit-il, je ne voudrais la souiller, elle est trop pure et trop idéale ». Il passe tous ses loisirs à lui faire des vers qu'il ne lui a jamais envoyés, « *car elle ne doit pas savoir qu'on l'aime* ». Ces vers respirent la passion la plus exaltée, mais la plus pure qu'on puisse imaginer. Si on émet devant lui des doutes sur la pureté de cet amour, il souffre visiblement, et les larmes lui sortent des yeux. Un pareil amour est évidemment pathologique; notre homme, sous ce rapport, doit être rangé parmi les érotomanes d'Esquirol. On peut même dire, étant données la pureté, l'ardeur et la forme de cette passion, qu'il est un extatique. Il rentrerait parmi les cérébraux antérieurs de M. Magnan.

Il n'y a, du reste, rien de bien anormal à voir, chez un même malade, exister simultanément tant d'éléments de même nature et de même origine. Notre homme est un héréditaire et il est commun de voir chez un seul héréditaire la présence de toutes ces obsessions, de toutes ces impulsions, de tous ces états bizarres que nous venons de passer en revue; seulement ils se succèdent le plus généralement; rarement, comme chez E..., ils existent pour ainsi dire simultanément ;

Si maintenant nous voulons résumer cette longue observation, que nous avons peut-être trop développée, nous dirons qu'il y a chez E... :

1° Un *état comitial* bien net, caractérisé surtout par des vertiges et par des impulsions inconscientes, dû à la transmission similaire maternelle;

2° Un *délire alcoolique* dû à l'intoxication qui a cédé vite et a été de courte durée ;

3° Un *délire de persécution* (type Falret) parfaitement déterminé, remontant très haut et qu'on ne peut confondre un seul instant avec les idées de persécution fugaces, avec les bouffées délirantes de l'héréditaire, et dû à la transmission quasi-similaire paternelle ;

4° Enfin des *états impulsifs, anxieux, des états émotifs*, des *perversions*, que l'on peut, je crois, attribuer à l'accumulation héréditaire du sujet.

Ici, il est vrai, surgit au milieu d'une question clinique, une question de doctrine. Doit-on, avec Morel et M. J. Falret, scinder ces deux états, tout en les attribuant à l'explosion héréditaire, et voir d'abord : 1° un *état impulsif* (Morel et Falret); puis 2° un *état émotif* (délire émotif de Morel et folie du doute de Falret)? Ou bien, doit-on comprendre avec M. Magnan ces différents états sous l'étiquette commune, peut-être un peu trop vaste, peut-être un peu trop compréhensive de dégénérescence mentale ?

Il ne nous appartient pas, comme nous le disions tout à l'heure, de nous prononcer. Mais cela nous importe peu pour nos conclusions.

Il nous est, en effet, permis, malgré nos réserves, d'affirmer, d'après l'exposé symptomatique que nous venons de faire, qu'il existe chez E... quatre modalités psychopathiques *d'origine différente*, qui sont chez lui des coexistences, et non un état mixte hybride; car elles ont évolué distinctement et côte à côte, sans jamais mélanger leurs éléments, avec leur caractère, leur marche et leur pronostic propres.

Nous sommes surtout autorisé à donner cette observation, quoique formée d'éléments en apparence très complexes, comme un type de délire multiple, parce que leur origine différente apparaît nettement : 1° *épilepsie* de la mère pour l'*état comitial;* 2° *vésanie* du père pour le *délire des persécutions* (transmission similaire); 3° *excès de boissons* pour *l'alcoolisme; hérédité* pour les deux ordres d'états *émotifs* et *impulsifs* dont nous avons parlé, qu'on les réunisse ou non dans une même synthèse : la dégénérescence mentale.

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Année 1887

### Séance des mois de janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet, août et septembre.

*Du délire chronique* (*suite*) (1). — M. Paul Garnier. — Je me propose de réfuter les objections qui m'ont été faites par MM. Falret et Dagonet.

La principale objection qui selon M. Falret milite contre la création du terme nouveau de *délire chronique*, c'est que le malade restant avant tout et toujours un persécuté, on est en droit, malgré la complication des conceptions ambitieuses, d'appeler son affection mentale : délire des persécutions. Pour moi la transformation morale qui s'opère chez le persécuté devenu mégalomane non seulement dans les paroles, mais aussi dans l'attitude générale, dans la physionomie, dans les actes, est le fait capital qui domine toute l'histoire de ce délire. Donc, à mon avis, l'expression : délire des persécutions est, à la fois, une dénomination et une définition. Elle implique l'idée d'une forme de folie que l'on n'a jamais manqué de ranger dans le groupe des états mélancoliques ou dépressifs. Or, si l'on admet qu'il est de règle que le délire des persécutions aboutisse à des idées de grandeur, c'est-à-dire à une variété d'aliénation mentale ayant sa place marquée dans le groupe opposé des délires expansifs, on doit convenir qu'il y a quelque illogisme à continuer à désigner, par le même vocable, une situation mentale aussi profondément modifiée.

Et s'il paraît déjà contradictoire, en regard de cette coexistence de deux formes de conceptions maladives, de se servir d'un terme qui ne peut s'adapter exclusivement qu'à l'une d'elles, l'embarras ne devient-il pas tout à fait grand quand il s'agit d'appliquer l'étiquette : délire des persécutions, à ces aliénés chroniques chez lesquels les idées dépressives anciennes ont fait place à un délire ambitieux absolument prédominant ?

En terminant, M. Falret a manifesté la crainte de voir englober dans le délire chronique une forme d'aliénation mentale à laquelle il accorde, à très juste titre, une existence indépendante : la *mélancolie anxieuse*. Je puis dire qu'il n'est

(1) Voyez : Du délire chronique, séances de la Société médico-psychologique, *l'Encéphale*, 1887, page 231 et 486.

nullement question d'atttribuer au délire chronique ce qui ne saurait lui appartenir.

Comme le fait remarquer M. Falret, le mélancolique anxieux trouve au-dedans de lui-même les motifs de son angoisse, de sa détresse morale ; le persécuté vrai, personnifiant l'égoïsme morbide dans son expression la plus haute, ne sait s'en prendre qu'à autrui, des tourments qu'il endure.

Quant à M. Dagonet, c'est l'existence même d'une folie caractérisée par la succession des idées de persécution et de grandeur qu'il se refuse à admettre. Pour légitimer son opposition, il a cité quelques observations qui, d'après lui, sont autant de preuves que le délire des persécutions peut durer indéfiniment sans intervention d'idées ambitieuses. Qu'il me permette de ne pas être ébranlé par les exemples cliniques qu'il a produits; ceux-ci seraient-ils indiscutables en eux-mêmes, qu'ils ne suffiraient pas à faire méconnaître l'évolution du délire chronique, évolution observée dans des milliers de cas : tout au plus pourraient-ils être envisagés comme ces cas plus ou moins frustes que l'on constate à peu près dans toute espèce de maladie.

L'objection que m'a adressée M. Dagonet au sujet de la distinction établie entre certains persécutés persécuteurs, à ranger parmi les dégénérés héréditaires, et les persécutés vrais, n'a pas, je crois, l'importance qu'il y attache. Il ne suffit pas, en effet, qu'un individu ait des idées de persécution pour appartenir au type classique des délirants persécutés; il faut encore que ces idées délirantes se développent d'une certaine façon, qu'elles soient soumises à une incubation lente, qu'elles affectent une marche, une coordination, une systématisation spéciale, qu'elles aient pour base ou pour habituel aliment des troubles sensoriels bien définis et notamment des hallucinations de l'ouïe; quand cette évolution est réalisée, l'on est sûr d'avoir affaire au délire des persécutions, et l'on est non moins certain que l'on se trouve en présence d'une *psychose progressive et systématique*, c'est-à-dire du délire chronique.

M. Dagonet me demande comment il est possible de diagnostiquer, dès les premières périodes, ce délire chronique. Ma réponse sera simple : établir le diagnostic de cette vésanie chronique n'est pas plus difficile que de poser celui du délire type des persécutions, car reconnaître celui-ci, c'est en même temps diagnostiquer celle-là.

Quand au terme : *mégalomanie*, je n'ai pas eu à en blâmer

l'emploi, comme me le fait dire M. Dagonet. — Je me suis borné à faire remarquer que, par cette expression, il ne fallait pas, selon moi, prétendre désigner une unité classique, là où il n'y a en réalité qu'une phase déterminée d'une vésanie chronique, impliquant — nécessairement, — comme période antécédente, le délire des persécutions.

M. J. Falret. — M. Garnier me semble avoir négligé un point important, celui relatif à la démence. Je crois que la plupart des malades atteints de délire de persécutions aboutissent à un état mental cristallisé, stéréotypé, mais rarement à la démence, ils conservent longtemps une grande activité intellectuelle et atteignent rarement cette incohérence si caractéristique chez les déments.

M. Dagonet. — Le délire de persécutions peut durer indéfiniment avec les caractères qui lui sont propres, sans traverser une période de délire ambitieux, sans même être suivi de démence, comme l'a justement dit M. Falret ; les exemples ne manquent pas dans la science. Dans quelques cas, il se termine par la guérison.

Il en est de même du délire systématisé, coordonné, qu'on a désigné sous le nom de mégalomanie. Cette forme d'aliénation mentale est, il est vrai, précédée, dans la plupart des cas, par une période de dépression mélancolique, mais celle-ci n'est pas toujours caractérisée par des idées de persécution. Dans quelques cas, la mégalomanie se manifeste d'emblée, avec les caractères qui lui sont propres, sans avoir succédé à un état de dépression mélancolique. Elle peut, elle aussi, se prolonger indéfiniment sans être suivie de démence. La démence est d'ailleurs un mode de terminaison banal qui ne caractérise aucune espèce de délire.

En résumé, je pense qu'il est fâcheux de fondre l'une dans l'autre, pour ne plus établir qu'une seule maladie désignée sous le nom de délire chronique, ces deux espèces d'aliénation mentale, nettement tranchées, auxquelles on a donné le nom de délire de persécution et de mégalomanie.

M. Paul Garnier. — J'ai omis de parler, dans ma réponse, de la démence terminale. Il est incontestable que la période ultime du délire chronique n'apparaît qu'à une date très éloignée du début, après vingt, trente et quarante ans même. Mais pour être ordinairement fort tardive, il ne s'ensuit pas qu'on doive la méconnaître.

Au surplus, il est indispensable, tout d'abord, de s'entendre

sur le terme : démence. Il ne peut être question, ici, que d'une démence *vésanique*, dont le degré et les caractères généraux diffèrent, évidemment, de la *démence organique*, celle de la paralysie générale, par exemple.

A moins de réserver cette dénomination pour les cas de cette dernière catégorie, il est permis, je crois, de l'attribuer à la phase terminale d'une vésanie comme le délire chronique.

Ce qui constitue cette démence, c'est moins, j'en conviens, l'anéantissement des facultés intellectuelles, à proprement parler, que la désagrégation d'un édifice délirant, dont les signes distinctifs avaient eu, jusque-là, une fixité et une solidité remarquables.

Mais n'est-il pas vrai que, de ce fait, une transformation profonde s'est opérée ? Au lieu d'un exposé délirant qui avait toute la force d'une argumentation, nous ne percevons plus que des lambeaux d'un délire ; ce ne sont plus que des idées dissociées, émises au hasard, sans ordre logique, et comme par une projection automatique du cerveau. Nous ne pouvons non plus, considérer autrement que comme des individus véritablement affaiblis, ces mégalomanes qui, isolés totalement — du monde extérieur — sourient béatement à leurs rêves de grandeur.

Caractériser cette attitude de l'individu, cette incohérence extrême, par le mot démence, ce n'est pas, il me semble, détourner cette expression de son sens véritable, mais lui donner une juste application.

M. Delasiauve. — L'hérédité joue un grand rôle dans l'aliénation mentale, mais enfin elle a des limites qu'il ne faut pas étendre indéfiniment.

En ce qui concerne le délire de persécution, c'est dans son type rationnel une espèce semblable aux autres dont il ne faut pas surfaire l'importance.

Quant à la transformation du délire de persécution en mégalomanie, on peut citer beaucoup de cas où cette métamorphose ne s'est pas opérée. Au surplus ce résultat fût-il constant, faudrait-il y voir, avec Lasègue, la preuve d'une des phases naturelles, sinon nécessaires de la maladie? Je ne le présume pas. Si l'on suit attentivement l'évolution des monomanies, on s'explique beaucoup plus pertinemment le changement d'aspect qu'elles peuvent présenter dans leur cours. La fortuité des scènes qui se passent dans l'imagination y

joue sans contredit le principal rôle. Une modification du tissu cérébral survenue à point ne se concevrait guère. Au contraire, il nous a semblé beaucoup plus conforme à la saine interprétation d'admettre une filiation des phénomènes.

M. CHRISTIAN. — Ce qui me choque dans la question du *délire chronique* ce n'est pas l'étiquette, mais la théorie elle-même.

Je reconnais volontiers que, dans le délire des persécutions, la deuxieme période n'arrive jamais d'emblée, qu'elle est toujours précédée d'une période d'incubation dans laquelle le malade est tourmenté, hypocondriaque. Mais le passage de l'une à l'autre n'a rien de nécessaire, il n'est ni certain ni fatal. La même phase hypocondriaque précède presque toutes, sinon toutes les maladies mentales; elle n'a rien de caractéristique. En outre, nous avons tous connu des malades qui n'ont jamais dépassé cette première période, qui sont restés toute leur vie des hypocondriaques, et qui n'ont jamais été autre chose. De telle façon qu'en disant que le délire de persécutions succède toujours au délire hypocondriaque, on avance certainement un fait vrai, mais on établit pas une loi générale. Il reste à dire pourquoi tel hypocondriaque devient un persécuté ; tandis que tel autre, en apparence tout semblable, ne sera jamais qu'un hypocondriaque.

Arrivons au moment où le délire de persécutions est nettement établi, où nous sommes à la deuxième étape de notre délire chronique. Je me sers à dessein du mot étape, car si j'ai bien saisi votre argumentation, le délire de persécution ne serait qu'une période transitoire, devant mener au délire ambitieux — proposition qui me paraît encore trop absolue, car j'ai connu un grand nombre de persécutés qui sont restés persécutés toute leur vie, et qui jamais, à aucun moment, n'ont présenté d'idées de grandeur.

Quant aux cas où la transformation s'opère, quel est son mécanisme ?

Pour expliquer le passage de la première période (hypocondriaque) à la seconde, on admet généralement qu'il est déterminé par l'apparition d'un symptôme nouveau, *les hallucinations de l'ouïe;* ou du moins l'on constate la prépondérance de ce nouveau symptôme chez le *persécuté*. — Comment un persécuté arrive-t-il à devenir un mégalomaniaque ? Ici l'explication paraît absolument simple, naturelle : le malade deviendrait ambitieux par déduction logique. Les choses se passeraient à peu près ainsi : le persécuté, après avoir long-

temps souffert avec plus ou moins de patience et de résignation, se dirait un beau jour : « Mais pourquoi me tourmente-t-on ainsi ? pourquoi en veut-on spécialement à moi ? « Et de déduction en déduction, il arriverait à croire qu'il n'est pas le premier venu, qu'il y a sans doute un intérêt majeur en jeu, qu'il doit y avoir quantité de gens que sa présence gêne, et finalement se figure qu'il est un Bonaparte ou un Bourbon, ou un d'Orléans.... Cette théorie est fort ingénieuse ; si cependant on la généralisait, elle nous ramènerait aux beaux jours de l'école psychologique, alors que l'aliéné était considéré comme un homme raisonnant juste, mais en partant d'un principe faux.

Je ferai remarquer en passant que la même théorie pourrait servir à expliquer le passage de la première période, celle de l'hypocondrie, à la seconde. Et je me garderai bien de dire que les choses n'arrivent jamais de cette façon. Car plus je vois de malades, plus je demeure convaincu que l'aliéné ne raisonne que très exceptionellement son délire ; il le *subit*, et il le subit passivement. Il y a des années que j'étudie mes persécutés à ce point de vue ; je ne manque jamais de leur demander pourquoi leurs persécuteurs ne s'adressent qu'à eux et point à leurs camarades, à leurs voisins, aux autres membres de leurs familles ; la réponse invariable est celle-ci : « Je n'en sais rien, » ou « Vous le savez mieux que moi. » Ceux-là seuls qui ont déjà le délire ambitieux établi, donnent une raison plausible ; l'un est enfermé par ordre du général X..., un autre à cause de la famille Bonaparte, un troisième à cause de Bismarck, et ainsi de suite ; mais ce sont les *mégalomaniaques* qui donnent ces raisons, non les persécutés.

Notez d'ailleurs ce fait, qui est d'observation banale, que parmi tous les aliénés, les persécutés sont ceux qui rapportent le plus exclusivement tout ce qu'ils éprouvent à une influence extérieure. Jamais le persécuté ne dira : *j'ai mal !* mais *on me fait mal !* Jamais il n'avouera que sa digestion est laborieuse, qu'il a des coliques ou mal à la tête.... mais il se plaindra qu'on lui « travaille l'estomac », qu'on lui « électrise les intestins, qu'on lui donne des coups sur la tête... »

Et c'est ce malade qui extériorise ainsi tout ce qu'il ressent, tout ce qu'il éprouve, j'allais presque dire tout ce qu'il pense — c'est ce malade qui se mettrait à raisonner son délire en se repliant tout à coup sur lui-même. J'avoue qu'il m'est bien

difficile de l'admettre, si ce n'est, je le répète, dans quelques cas exceptionnels.

Je crois, au contraire, que le délire mégalomaniaque surgit à l'occasion d'un fait extérieur, d'un rêve, d'une réminiscence, d'un accident fortuit.

Il me semble que, chez ces aliénés, les idées de grandeur ont, comme les idées de persécution, leur source principale dans les troubles de la sensibilité, dans les hallucinations de l'ouïe, etc. Le général qui entend crier *Vive le Roi!* et qui s'imagine qu'il va monter sur le trône, n'était assurément arrivé à cette conception délirante que sous l'influence de l'hallucination, et non par suite de raisonnement.

Ce qui vient à l'appui de cette manière de voir, c'est que, contrairement à ce que pensent nos honorables contradicteurs, les idées de grandeur s'associent fort bien aux idées de persécution : celles-ci ne sont nullement exclues par celles-là.

Enfin, pour en finir avec cette question, il ne faut pas oublier ce cas, rare il est vrai, où le délire ambitieux précède celui des persécutions, ou alterne avec lui.

Il me reste à parler de la période terminale du délire chronique, qui serait la démence. Ici je me vois forcé de faire les réserves les plus expresses : jamais je n'ai vu un seul persécuté tomber dans la démence, et je crois que jusqu'à présent c'était l'opinion généralement admise.

Entendons-nous cependant : il est évident que lorsqu'un persécuté a déraisonné pendant trente, quarante ans, et qu'il arrive à la vieillesse, il est évident, dis-je, qu'il subira la loi commune, que son intelligence faiblira, que les infirmités viendront. Je reconnais sans hésiter que tous les persécutés, en vieillissant, perdent de leurs facultés ; j'ajouterai même que leurs idées ne conservent pas leur cohésion, leur enchaînement primitif. Mais si nous considérons comme signes caractéristiques et fondamentaux de la démence, les deux symptômes qui ne manquent jamais — l'affaiblissement intellectuel et la perte de la mémoire — je dirai que jamais les persécutés ne deviennent des déments par le seul fait de l'évolution du délire. S'ils le deviennent, c'est qu'il y a eu un nouvel élément purement accidentel, tel qu'une congestion, une apoplexie cérébrale, et ce n'est pas chose rare.

Du reste M. Garnier nous fait à cet égard une concession précieuse ; il n'est pas éloigné de considérer comme une forme de démence, ce que M. Falret appelle une *cristallisation*

du délire ; il l'appelle *démence vésanique ;* mais y a-t-il donc avantage à créer pour les besoins de la cause une variété nouvelle de démence, variété à laquelle manqueraient précisément les caractères que j'ai donnés plus haut et qui font partie intégrante de toute espèce de démence ? Je conclus en disant que je ne saurais considérer le *délire chronique*, tel que MM. Garnier et Briand nous l'ont décrit, comme la forme fréquente, habituelle, de ce que nous étions habitués à regarder comme le délire des persécutions. Que, dans un certain nombre de cas, l'évolution se fasse comme le veulent nos collègues, je n'aurais garde d'y contredire, mais je crois que ce ne sont là que des faits exceptionnels. Je pense, comme M. Cotard, que l'important, avant d'arriver à une synthèse comme celle qui est essayée, serait de bien rechercher l'origines des idées délirantes : on les trouvera, et peut-être exclusivement, dans les troubles de la sensibilité générale ou spéciale. Ce sont ces troubles qui me paraissent être en jeu, aussi bien dans la première période de l'hypocondrie, que dans celles qui suivent, de persécutions et de mégalomanie. Le problème consistera à bien établir la relation entre les idées délirantes et les troubles sensoriels, et quand nous connaîtrons la marche de ceux-ci, nous aurons en même temps appris et nous pourrons prédire comment évoluera le délire.

M. Briand admet que la transformation du délire de persécution en délire des grandeurs ne soit pas rigoureusement constante. Il admet que la maladie puisse, dans de rares circonstances, s'arrêter en route. Pour lui, la transformation est la règle. Peu importe du reste qu'elle soit absolue. Quant à la phase ultime du délire chronique, M. Briand la considère volontiers comme un affaiblissement intellectuel, se traduisant surtout par une certaine lenteur et une certaine incoordination dans les idées, de sorte que les malades, au lieu de raisonner à peu près sainement, comme autrefois, sur tous les points qui ne touchent pas à leur délire, ne peuvent plus guère soutenir de conversations sur des faits généraux. Mais, en revanche, ils conservent très longtemps une certaine habitude à défendre leurs conceptions erronées et, comme ils appliquent ce qui leur reste d'intelligence à maintenir l'échafaudage de celles-ci, ils peuvent encore en imposer.

M. Briand fait ensuite remarquer la grande analogie de

marche qui existe entre le *délire chronique* et le *délire des négations* décrit par M. Cotard.

Arrivant à un autre reproche exprimé, à savoir que l'expression de *délire chronique* n'est pas claire, plusieurs délires pouvant être chroniques sans constituer d'entité morbide; M. Briand consent à changer d'étiquette et accepte d'avance une nouvelle appellation, pourvu, toutefois, qu'elle ait au moins l'avantage d'être plus rigoureuse; puis plaidant la circonstance atténuante pour l'expression de *délire chronique*, il en propose à son tour une nouvelle: *délire chronique ambitieux* ou mieux *expansif*, ayant à son avis l'avantage de conserver l'ancienne sous laquelle l'état maladif est déjà connu, et de la compléter par un qualificatif qui permet une distinction avec toutes les formes dépressives de la folie mélancolique.

M. Cotard. — C'est un lieu commun de n'attribuer qu'une importance minime à la formule sous laquelle se présente le délire; on se borne à qualifier celui-ci de dépressif, d'expansif, d'ambitieux, etc., on note son degré de cohérence ou de systématisation, et on attribue au milieu, aux habitudes, aux idées régnantes, le caractère particulier des conceptions. On dit, par exemple, que tel malade persécuté par la police se serait cru damné s'il avait vécu il y a quelques siècles.

Je crois que cette manière de procéder dans l'observation des malades est beaucoup trop simple.

Prenons pour exemple les idées de grandeur.

Nous savons distinguer le délire ambitieux des paralytiques de celui des persécutés; mais encore est-ce d'après les caractères généraux du délire, mobile, multiple, absurde et contradictoire chez les uns, cohérent et systématisé chez les autres, bien plus que par les idées elles-mêmes, que nous avons appris à poser le diagnostic.

Et cependant, si un malade nous dit qu'il va entrer à l'Opéra comme chanteur, s'il se vante de sa force et de ses talents, s'il fait des projets gigantesques, s'il prétend guérir les malades, et ressusciter les morts, nous pouvons presque affirmer, sans autre examen, que ce malade n'est pas un persécuté mégalomane. C'est un paralytique, peut-être un circulaire, ce n'est pas, je le répète, un halluciné chronique.

Si nous examinions un autre malade et que celui-ci, dans le courant de la conversation, nous avoue confidentiellement qu'il est l'héritier légitime des Bourbons et qu'il est appelé à montrer sur le trône de France, il est probable, si nous l'in-

terrogeons adroitement, qu'il ne tardera pas à ajouter que ses ennemis le maintiennent dans une maison de santé où ils lui font subir mille tortures.

En dehors de l'incohérence et de la systématisation du délire des grandeurs, il y a donc d'autres caractères particuliers que l'habitude clinique nous fait sentir confusément, mais qui n'ont pas été dégagés, isolés par l'analyse.

Un de ces caractères me paraît fourni, chez les paralytiques et les excités maniaques, par la prépondérance des idées de force, de capacité, de talent, de puissance. Le malade ne doute ni n'hésite, tout lui est facile, jamais il ne se décourage, jamais l'idée d'un échec ou d'un insuccès ne se présente à son esprit. Un paralytique convaincu qu'il est capable de voler comme un oiseau se précipite par une fenêtre; l'absurde ne l'arrête pas, il est tout-puissant.

Il semble que le délire se soit développé sur un état maladif des centres moteurs ou volitionnels. Le malade est d'une activité exubérante, il est toujours en mouvement, parle sans cesse, ne connaît ni le repos ni la fatigue. Il y a là une maladie de la volonté aussi bien que dans l'aboulie; c'est, qu'on me passe l'expression, une hyperboulie.

Il y a lésion de la volonté dans les deux cas, comme il y a lésion de la sensibilité dans l'hyperesthésie aussi bien que dans l'anesthésie.

Un parallèle entre ces deux états morbides de la volonté nous montre un contraste parfait, bien visible chez les circulaires, où ils sont en quelque sorte complémentaires et se succèdent régulièrement.

De même qu'il y a un délire mélancolique d'incapacité et d'impuissance, il y a un délire de capacité et de puissance qui constitue une variété spéciale de délire ambitieux.

Les hallucinations ne paraissent contribuer en rien à l'évolution de cette forme de délire, et c'est là, suivant moi, une différence profonde avec la mégalomanie des persécutés.

Chez ces derniers, en effet, l'influence de l'hallucination est capitale, soit qu'elle fournisse au malade ses idées de grandeur toutes formulées, soit que, l'obsédant de continuelles tortures, elle le conduise à la mégalomanie par le procédé logique si bien décrit par M. Foville, soit enfin qu'elle exerce sur le malade une influence particulière, influence qui m'a paru évidente dans quelques cas et que je vais essayer d'indiquer.

Les persécutés, même dans les premières phases de la maladie, alors qu'ils ne souffrent que d'une sorte d'hyperesthésie psychique, n'allant pas encore jusqu'à l'hallucination, se sentent déjà différents des autres hommes. Ils perçoivent, comprennent une foule de choses qui échappent à leur entourage, et ils attribuent ce privilège imaginaire à la perfection de leur sens ou à la pénétration de leur intelligence.

A une période plus avancée de la maladie, quelques-uns en arrivent à croire qu'ils ont un sens de plus que le vulgaire des humains, qu'ils ont été l'objet d'une création spéciale, qu'ils ne sont pas du même sang et de la même chair que le reste des hommes.

Du mépris des autres à l'estime exagérée de soi-même il n'y a pas loin, et l'on conçoit que le passage a dû être souvent franchi.

Il faut remarquer combien le degré de perfection des sens touche l'amour-propre, surtout chez les natures vulgaires. On est humilié de ne pas voir, entendre, goûter ce que voit, entend et goûte son voisin ; on est fier de la moindre supériorité à cet égard. Quel doit donc être l'orgueil de l'homme qui se croit doué d'un sens de plus !

Cet orgueil qui accompagne ordinairement l'hyperesthésie psychique, fournit à coup sûr un terrain extrêmement favorable à l'éclosion de la mégalomanie.

Bien avant que les idées de grandeur soient nettement formulées, les persécutés sont déjà orgueilleux, quelques-uns le sont dès les premières phases de la maladie, qui ne revêt presque jamais chez eux un caractère franchement dépressif et mélancolique.

L'orgueil et le délire de grandeur qui appartiennent aux hallucinés, ne diffèrent pas seulement par leurs origines du délire de grandeur des excités maniaques. Les mégalomanes persécutés présentent rarement au même degré que ces derniers, les idées de capacité et de puissance; ils sont d'illustres victimes ; ils n'ont, au même degré, ni les projets gigantesques, ni l'activité exubérante, ni en un mot les caractères sur lesquels nous nous sommes fondés pour attribuer au délire des excités maniaques une origine psycho-motrice.

Le délire se greffe moins aisément sur les lésions de la volonté que sur celles de la sensibilité. Cela est évident, puisque les sens externes sont la principale origine de la connaissance, la seule, suivant une célèbre école philosophique. Les lésions

de la volonté produisent plutôt une altération de la personnalité qu'une altération de la connaissance. Maine de Biran a insisté avec raison sur le rôle important de l'effort volitionnel dans la constitution du moi. Il est évident que la même disposition cérébrale qui nous fait attribuer une origine externe au mouvement centripète des sensations, doit nous faire attribuer une origine interne au mouvement centrifuge des volitions. Cette origine interne, le moi, se modifie et s'altère par les lésions psychomotrices, comme le milieu extérieur se modifie et s'altère sous l'influence des lésions psycho-sensorielles.

Aussi les altérations de la personnalité sont-elles extrêmement marquées dans les formes alternautes de la folie circulaire. Sous l'influence d'états dépressifs alcooliques, et d'états d'exaltation inverses, le caractère change complètement, le moi est tellement altéré qu'il semble, comme l'a dit M. Falret, que deux personnes différentes se succèdent dans le même corps, sans qu'il y ait cependant dans aucune des deux phases un délire évident, quant à la réalité objective, sans qu'on observe ces erreurs énormes qui sont le propre des lésions sensorielles hallucinatoires ou anesthésiques. Je ne parle que des formes légères et atténuées de la folie circulaire, des formes raisonnantes; les idées de capacité, l'outrecuidance conduisent seulement à des appréciations fausses, à des jugements erronés, à des actes déplacés ou ridicules.

Il en est autrement lorsque la lésion volitionnelle atteint un dégré élevé d'intensité, comme on le voit surtout chez les paralytiques et que se développent les idées de toute-puissance.

L'idée de toute-puissance conduit fatalement à un délire extrêmement absurde; il y a incompatibilité entre la toute-puissance et la raison, puisque celle-ci consiste à se régler constamment sur la réalité immodifiable et à s'y subordonner.

L'absurde n'est plus absurde et le contradictoire cesse d'être illogique pour un être tout-puissant. Le caractère propre du délire des paralytiques s'explique donc autant par leur idée de toute-puissance que par l'affaiblissement de leurs facultés intellectuelles. Beaucoup de déments, non moins affaiblis que les paralytiques, sont loin d'atteindre leur degré d'absurdité, et ce degré d'absurdité se manifeste chez certains paralytiques à un époque où l'affaiblissement

des facultés est peu considérable, de même que chez quelques circulaires qu'on ne peut soupçonner de démence.

En cherchant à localiser l'origine du délire dans des lésions psycho-sensorielles et psycho-motrices, je sais que je m'expose au reproche de vouloir faire revivre la théorie des localisations psychiques et des monomanies. Je n'en suis pas autrement effrayé.

La synergie cérébrale est telle que les lésions les plus limitées peuvent réagir sur tout l'ensemble. Une monoplégie d'un membre inférieur empêche les mouvements généraux de locomotion, tels que la marche, le saut, la course, etc..., sans cependant cesser d'être une monoplégie et sans qu'on puisse dire qu'il y a une maladie générale des facultés de locomotion. Une monopathie psychique peut retentir sur l'ensemble des facultés mentales sans cesser d'être une monopathie psychique, une monopsychose. Il est peu probable que dans toutes les vésanies tout l'appareil psychique soit atteint simultanément dans son ensemble, comme devraient le professer les adversaires des monomanies.

Il s'agit de démêler dans cette synergie des fonctions mentales quel est le point malade ; il y a à faire dans les psychoses un travail analogue à celui qui a été fait pour l'aphasie.

L'aphasie a été décomposée en monopathies motrices et sensorielles ; n'est-il pas admissible que les facultés de conception soient susceptibles d'une analyse analogue à celle qui a été faite sur les facultés d'expression ?

J'ai essayé de vous présenter d'après cette induction quelques considérations relatives au délire de grandeur, à sa division en deux formes principales, l'une motrice et l'autre sensorielle.

La même analyse s'appliquerait aux délires mélancoliques. Bien que certains états abouliques puissent prendre leur origine dans l'altération de la sensibilité, il est probable que dans bon nombre de cas l'appareil volitionnel est directement affecté, les idées d'incapacité et d'impuissance semblent l'indiquer clairement.

D'autres délires, très voisins cliniquement, semblent également dus à des lésions psycho-motrices, je veux parler des idées de culpabilité. Beaucoup de malades s'accusent d'être de grands coupables, d'avoir commis et de commettre tous les jours les crimes les plus affreux. Une malade que

j'observe actuellement commet *par la pensée* les actes les plus effroyables, elle brise et détruit tout, tue tout le monde et dévore ses enfants; il y a là comme une ébauche des phénomènes impulsifs qui s'observent si souvent dans la mélancolie anxieuse et qui deviennent quelquefois assez prépondérants pour caractériser une des diverses formes de chronicité consécutives à cette vésanie. Ces mêmes malades qui s'accusent d'être des criminels finissent par devenir violents, injurieux et capables des actes les plus atroces.

A la période où le malade ne fait que s'accuser, il est probable que la lésion volitionnelle impulsive existe à un certain degré. Rapportée au moi, suivant le mécanisme que j'ai indiqué tout à l'heure, elle conduit aux idées de culpabilité et les explique facilement.

J'espère pouvoir reprendre quelques-unes des questions dont je n'ai, pour ainsi dire, exposé que le programme. Mon but actuel était de démontrer qu'il n'y a pas *une* mégalomanie, *un* délire de grandeur, *un* délire mélancolique, qu'il n'y a pas non plus *un* délire chronique; ces groupements de faits sont provisoires et il faut pousser plus avant l'analyse. Je voudrais aussi réagir contre la tendance actuelle vers une simplification excessive, suivant moi, de la classification des maladies mentales. On veut réduire le nombre des formes vésaniques et chacun se défend de vouloir en décrire de nouvelles.

M. Doutrebente. — Sur la question de fond je partage absolument les idées de MM. Garnier et Briand; élève de Morel, je n'ai qu'à me souvenir de ses enseignements pour me déclarer partisan d'idées qui ne sont pas neuves, mais qui nous sont présentées aujourd'hui avec des noms nouveaux; c'est donc une simple querelle de mots.

Le délire chronique, je ne le sais pas depuis longtemps, sert à désigner pour MM. Magnan et ses élèves les malades que nos prédécesseurs désignaient sous les noms de monomanes, hallucinés, c'est la folie partielle des uns, le délire des persécutions (Lasègue), la folie hypocondriaque (Morel), lypémanie partielle ou essentiellement hallucinatoire (Foville), etc.., j'en oublie à dessein. Morel, le premier, a décrit les différentes transformations par lesquelles passent les délirants persécutés.

S'il fallait ne plus se servir de l'expression « délire de persécution » qu'a créée le professeur Lasègue, je proposerais

de faire usage du mot folie hypocondriaque. Dom Calmet — dans son opuscule sur les apparitions des anges et des démons, paru à Paris en 1746, parlant des hallucinations et des illusions — dit nettement « que les hypocondriaques arrivent à se figurer qu'ils sont de terre, de neige ou de glace, ou être rois, papes, cardinaux ou loups, chats et chiens, ils parlent et agissent en conséquence. »

Ce qui démontre que les transformations délirantes des persécutés hyrocondriaques étaient déjà connues il y a près de cent cinquante ans.

M. Delasiauve, rapporte l'observation d'un octogénaire qui, après seize ans d'un délire de persécution bien caractérisé, n'a jamais, ni au début, ni dans le cours, ni à la période finale de son affection, éprouvé des symptômes de mégalomanie.

M. B. Ball. — Messieurs, depuis longtemps la Société médico-psychologique s'occupe avec un intérêt des plus légitimes de l'une des plus grandes questions de la médecine mentale ; des trésors d'érudition et d'éloquence ont été libéralement dépensés, par les divers orateurs qui se sont succédé à cette tribune, et je n'abuserai certainement pas de votre patience en rentrant dans le débat. Mais comme il s'agit avant tout d'une question de fait, et qu'en matière de clinique, les hypothèses doivent toujours rester les très humbles servantes de la réalité, j'ai cru qu'il ne serait pas sans intérêt de vous présenter quelques observations cliniques qui peuvent éclairer, dans une certaine mesure, les principales questions soulevées au cours de cette controverse.

La thèse soutenue par certains de nos collègues porte spécialement sur trois points. Ils affirment que le *délire des persécutions*, décrit par Lasègue, n'est qu'une phase particulière d'une évolution morbide qui comporte toujours quatre périodes rigoureusement enchaînées dans un ordre invariable; en *second lieu*, ils donnent à cet ensemble des phénomènes le nom de *délire chronique* et réclament pour une psychose spéciale le rang d'une entité morbide nouvelle. Enfin, d'après eux, le nom de Lasègue doit disparaître de l'historique de la question pour être remplacé par celui des observateurs, venus plus tard, qui ont, pour ainsi dire, organisé la nouvelle doctrine.

Il est universellement admis, et cela depuis fort longtemps, que dans un grand nombre de faits, l'évolution psychologique

morbide parcourt réellement les quatre phases qui lui sont attribuées par des aliénistes éminents.

Mais il est non moins énergiquement affirmé, par des observateurs de la plus grande expérience, que non seulement cette règle comporte des exceptions, mais encore que ces exceptions sont assez nombreuses pour infirmer complètement la règle.

Je me propose d'apporter à la Société quelques observations destinées à prouver que non seulement le délire ambitieux peut, à lui seul, ouvrir la marche et occuper presque constamment la scène, mais encore que si les phases successives du délire existent, elles sont loin de répondre à l'évolution systématique qui a été si magistralement formulée.

Si l'on m'accusait de déroger à la dignité de ces débats en apportant ici l'étude détaillée de certains faits particuliers, lorsqu'il existe des milliers de faits depuis longtemps consignés dans les recueils, je répondrai avec les anciens : *non numerandæ sed perpendcndæ observationes.*

Le premier malade dont j'aurai à vous entretenir nous offre un cas complexe, où des idées de persécution viennent se mêler au délire des grandeurs qui constituait non seulement la trame fondamentale, mais le point de départ *primitif* de la maladie mentale.

Je ne crains point de violer les secrets de la vie privée en vous apportant ici les noms et prénoms, titres et qualités de notre malade ; je ne crains nullement de m'exposer à des poursuites judiciaires pour violation du secret professionnel. Notre malade s'appelle *Pierre de Bourbon*, il est le fils du duc d'Enghien, fusillé en 1804 par Napoléon I^er, et de la princesse Adélaïde-Wilelhmine de Bavière, sa femme ; il est né aux Tuileries, et y a toujours résidé. L'apparence extérieure de Pierre de Bourbon ne correspond pas à l'âge respectable qu'il tend à s'attribuer. Il aurait aujourd'hui quatre vingt-quatre ans, d'après la date supposée de sa naissance ; il offre les traits d'un homme de quarante ans environ, et la vigueur qu'il déploie en travaillant à l'asile ne permet guère de supposer que son âge soit plus avancé. Il a été arrêté le 3 février 1883, au moment où il essayait de renverser une statue de femme qu'il appelait « *la Marianne* », et qu'il fallait, disait-il, envoyer à Nice, pour y être enterrée avec le corps de Gambetta. Celui-ci, disait-il, a fini comme il devait finir, par la main d'une femme.

Rien ne serait plus intéressant que de connaître la véritable origine, la filiation, les antécédents de cet homme; mais depuis le jour de son arrestation, il ne s'est jamais démasqué, et, comme il ne reçoit pas de visites, nous sommes réduits aux réponses qu'il a formulées dans l'interrogatoire auquel il a été soumis, il y a cinq ans, par Lasègue.

— Comment vous nommez-vous, lui dit-on?

— Je m'appelle Pierre.

— Quels sont vos parents?

— Je suis un Bourbon, fils du duc d'Enghien et d'une princesse de Bavière.

— Quelle est votre profession ?

— Prétendant.

— Ou êtes-vous né?

— Aux Tuileries.

— Ou demeurez-vous ?

— Aux Tuileries.

— Mais ce palais a été incendié sous la Commune.

— Cela est absolument faux, c'est la presse radicale qui a répandu ce bruit.

Impossible d'en tirer d'autres renseignements. Il prétend seulement qu'il doit succéder au comte de Chambord, qui vit toujours, car ce sont les journaux républicains qui ont répandu la fausse nouvelle de sa mort. Nous apprenons, en outre, qu'il possède une fortune de 200 millions déposés à la Banque de France et qu'il se croit actuellement enfermé comme prisonnier d'État, dans un château fort; ce château, c'est l'asile Sainte-Anne.

C'est en vain que nous lui faisons observer que, dans l'ordre de succession légitime, la branche d'Orléans devrait passer avant le duc d'Enghien. Quand nous soulevons la question de la candidature de don Carlos, il nous répond avec l'indignation la plus vive: « Ce prince n'est pas français. »

Nous constatons sans peine qu'il est un ouvrier.

En effet, malgré sa physionomie assez fine, il avait dès son entrée les mains calleuses d'un homme habitué au labeur manuel. Il travaille assidûment à l'atelier, et lorsqu'on lui demande comment un prince peut s'assujettir à des occupations si peu dignes de lui, il répond : *C'est pour donner le bon exemple à mes sujets; Louis XVI n'a-t-il pas été serrurier ?*

Il a réclamé énergiquement le droit d'aller à la messe, comme c'est le devoir de tout bon chrétien. Il vit en bons

termes avec son entourage, et ne varie jamais dans ses prétentions, qu'il soutient avec beaucoup d'esprit, quelquefois avec une véritable éloquence.

Il y a donc ici substitution complète d'une personnalité à une autre.

. Le *moi* primitif a complètement disparu, et nous n'avons jamais pu en retrouver les traces. Cependant en l'interrogeant sur son éducation, nous avons appris qu'il avait été élevé chez les frères. Quand nous lui fîmes observer qu'une éducation pareille n'était point celle qu'on donnait à un prince destiné au trône, il nous répondit qu'il avait rempli un devoir en s'assujettissant à la règle commune.

Il se souvient d'un de ses maîtres qui s'appelle « frère Philippe. » Ses révélations ne vont pas plus loin.

L'écriture de cet homme a le type commercial; elle est régulière et très lisible. Il commet fort peu de fautes d'orthographe et son style est quelquefois très élégant.

Il semble avoir reçu une bonne éducation élémentaire. Nous ne trouvons chez lui aucun vestige d'une éducation classique.

La première partie de son histoire nous est absolument inconnue. Nous ne savons donc pas si, jamais, à une époque antérieure, il a présenté des idées de persécution. Celles qu'il manifeste aujourd'hui n'appartiennent nullement au type classique que nous connaissons tous. Il est *plein d'ennemis*, dit-il (je cite ses propres expressions); mais ces ennemis, ce sont les radicaux, qui veulent l'empêcher de monter sur le trône ; ce sont les révolutionnaires qui détiennent injustement le pouvoir, et qu'il n'épargne pas dans ses discours. Ce sont enfin les impies, les ennemis de la patrie et de la religion qui sont aussi les siens. Ces idées vagues ne sont évidemment que la répercussion de son délire ambitieux, qui, dans son vol irrégulier, se heurte aux parois anguleuses de la réalité.

Mais pour prendre les traits d'un véritable persécuté, il lui manque trois grands caractères.

— Le premier, c'est la *malveillance*. — Loin d'être méchant, hargneux, agressif, il est bon enfant, bienveillant pour ses camarades et même pour les médecins qui le soignent, qualité si rare chez les aliénés. Il n'a jamais eu de difficultés avec son entourage, pendant les cinq ans qu'il a passés à la clinique. Une aussi longue expérience permet de juger un caractère.

Le second point, c'est l'*inquiétude* habituelle à ces malades, dont nous ne rencontrons aucun vestige chez lui. Soumis aux règles de la maison, il n'élève aucune réclamation.

Il ne demande même pas son élargissement ; il attend paisiblement qu'on vienne le prendre par la main, pour le placer sur le trône.

Il n'a pas davantage fait choix d'un persécuteur.

Il n'a, en définitive, comme ennemis, que les adversaires du bien public.

Le *troisième* caractère qui fait absolument défaut, ce sont les *hallucinations de l'ouïe.*

Régulièrement observé depuis cinq ans, il n'a jamais manifesté la moindre aberration de ce genre ; ajoutons en passant qu'il paraît jouir d'une santé parfaite et que son sommeil est absolument régulier.

Il y a donc chez cet homme mystérieux un délire systématisé primitif, un délire qui semble ne procéder que de lui-même et dont les racines ne plongent nullement dans une couche géologique plus ancienne que celle que nous observons aujourd'hui. Il n'a pas fait deux parts de son existence ; il a purement et simplement supprimé la première moitié de sa vie, et s'il se montre aimable et bienveillant dans les rapports rdinaires, il reste intraitable sur un seul point, celui qui touche à ses prétentions.

Dans une circonstance récente, après une conversation dans laquelle je lui avais vaguement insinué l'idée de m'accompagner devant une société savante, pour y exposer la teneur de ses idées, il m'écrivit la lettre suivante :

Monsieur le professeur Ball,

« Ces jours derniers, vous m'avez convoqué à une réunion intime, dont j'ai deviné le but : me faire abdiquer mes prétentions justes et fondées, et cela de la part d'un gouvernement informe, qui s'attire chaque jour les mépris et les sacarmes de la nation en pratiquant ces actes inqualifiables qui se justifient par cette devise profondément scélérate : *Ni Dieu ni maître.* Et l'on ne s'élève pas en masse pour chasser ces intrus de notre belle nation ; c'est à perdre l'esprit et désespérer de la France catholique... »

Il me paraît inutile de reproduire le reste de cette épître, qui se poursuit sur le même ton et qui est signée Pierre de Bourbon.

Je ferai seulement remarquer que dans une autre circonstance, je lui ai proposé d'exposer ses idées dans mon amphithéâtre : il a refusé sous prétexte qu'il y avait des dames dans l'auditoire, et que cela n'était pas *sérieux*.

Nous sommes ici en présence d'un ambitieux vulgaire, qui, tout en professant des idées exaltées, ne songe qu'aux honneurs et aux dignités terrestres. Il est d'autres sujets qui nous offrent l'image d'un délire plus idéalisé.

Mais il est bien certain que nous n'avons point affaire à un véritable persécuté, à un malade offrant le type psychologique que nous connaissons tous, depuis le mémorable travail de Lasègue ; et s'il a quelques idées vagues de persécution, elles sont consécutives au délire ambitieux ; elles ne l'ont certainement pas précédé.

On me reprochera peut-être de ne point connaître les débuts de la maladie mentale dont je viens de vous rapporter l'histoire. On me dira peut-être que pendant la période sur laquelle nous manquons absolument de renseignements, des troubles significatifs ont pu, peut-être, se produire.

On ne m'adressera pas, sans doute, la même critique au sujet de la seconde et très remarquable observation que je vais maintenant soumettre à votre appréciation.

Un homme de trente-huit ans, d'un assez beau développement physique, est arrêté et conduit à Mazas sous l'inculpation d'escroquerie. Il est examiné sous le rapport mental par M. Motet, à la suite d'une lettre adressée par sa sœur à M. le procureur de la République. Cette personne fait savoir que son frère nourrit depuis longtemps certaines idées ambitieuses. A la suite d'un rapport rédigé par M. Motet, et dont nous n'avons pas eu connaissance, le sujet, que nous appellerons Louis, a été transféré au Dépôt, et examiné le 7 mai 1884 par Legrand du Saulle, qui a rédigé le certificat suivant :

Délire partiel. Révélations célestes. Désir de rétablir le pouvoir temporel du pape. Hallucinations anciennes de l'ouïe. Lucidité manifeste en dehors de son délire très limité. Inculpation d'escroquerie, ordonnance de non-lieu.

Transféré de la préfecture à la Clinique des maladies mentales, cet homme nous a révélé une histoire des plus intéressantes et des plus significatives au point de vue psychologique.

Nous la réduisons à ses détails les plus essentiels.

Il avait huit ans, dit-il, lorsque réuni à ses condisciples

qui faisaient leur première communion, il fut vivement frappé par la présence de l'évêque qui présidait la cérémonie, et qui s'adressant aux enfants, leur parla avec bienveillance en demandant à chacun d'eux quelle profession il comptait embrasser dans la vie. L'un disait : je serai cultivateur, l'autre, je serai militaire, et chacun exprimait naïvement ses idées et ses espérances. Quand ce fut le tour de notre homme, il s'écria avec assurance : moi, je veux être pape. — Fort bien, mon ami, lui dit le bon évêque, vous avez choisi là une belle profession. — Cette parole lancée à l'improviste, sous l'empire d'une sorte d'inspiration, devait décider de l'avenir du jeune homme, elle était peut-être la première manifestation du délire qui depuis trente ans règne sans partage sur son esprit. Quoi qu'il en soit, dès ce moment cette idée règne en maîtresse dans ce jeune cerveau. Les railleries de ses camarades ne font que le confirmer dans cette idée. Il entre au séminaire pour devenir prêtre (il avait un oncle supérieur d'un couvent), mais il s'aperçoit bientôt que toute allusion aux idées qui le préoccupent est très sévèrement reçue, dès lors il se concentre en lui-même, sans perdre son objectif de vue. Bientôt il se dit que la hiérarchie catholique si puissamment organisée, ne laisse aucune liberté à ses membres et qu'il lui sera bien plus facile d'aspirer à la papauté comme simple laïque, que de lutter contre l'opposition systématique de tous ses supérieurs. Il quitte donc le séminaire, il renonce au sacerdoce, sans renoncer à ses idées, et comme il faut vivre en attendant, il se fait agent d'affaires. Pendant ce temps il roule dans sa tête des projets grandioses, il est absolument sûr d'atteindre son but, il se promet de rétablir le pouvoir temporel et de ramener l'harmonie dans l'Église pour la réconcilier avec le pouvoir civil.

A la mort de Pie IX, il écrit au conclave pour poser sa candidature ; il est profondément affligé de l'élection de Léon XIII, il écrit au nouveau pape pour le prier d'abdiquer en sa faveur ; il est profondément froissé de ne recevoir aucune réponse à cette communication. Il n'en continue pas moins à nourrir des espérances ambitieuses. Des événements auxquels nous venons de faire allusion, le font tomber sous le coup de la justice, et l'amènent en fin de compte à la Clinique des maladies mentales, où nous l'avons gardé près de cinq mois. Pendant toute la durée de son séjour, il est resté fidèle à son délire sans jamais en franchir les limites ; sous tous les

autres points, il parle en homme parfaitement sensé. Il cherche à se disculper, peut-être avec raison, de l'accusation d'escroquerie qui pèse sur lui. Nous n'avons trouvé aucune trace des hallucinations de l'ouïe signalées par Legrand du Saulle.

Il est sorti le 20 septembre 1884. Le certificat rédigé par mon chef de clinique d'alors, M. le Dr Vallon, était conçu dans les termes suivants :

« M.X... vit depuis trente ans avec l'idée qu'il sera pape un jour. Jamais sa conduite n'a nécessité son internement dans un asile d'aliénés ; il a fallu les circonstances qui l'ont amené à Mazas pour qu'on s'aperçût de son délire. Depuis qu'il est à Sainte-Anne, il est parfaitement calme, il travaille régulièrement, il réclame sa sortie, avec une grande insistance, tout en mettant la plus parfaite modération dans ses réclamations.

« Il ne paraît pas dangereux. »

Depuis cette époque, nous avons appris que le malade était rentré dans la vie ordinaire, sans renoncer un seul instant à ses prétentions.

Voici donc un homme, d'ailleurs sain d'esprit, qui vit depuis un tiers de siècle sous l'empire d'une idée fixe, qui n'a jamais présenté à aucune époque des idées de persécution, et qui n'a jamais varié en ce qui concerne le fond essentiel de son délire. Il écrit des lettres insensées aux dignitaires de l'Église et s'étonne de ne point recevoir de réponse. Il nourrit des espérances chimériques, dont il soutient ouvertement la validité, et auxquelles il conforme ses actes. Il est donc fou ; mais jamais on ne vit de délire plus limité. L'histoire de ses antécédents est absolument nette ; elle est confirmée par les renseignements puisés auprès de sa famille, et nous ne saurions signaler la moindre trace de cette évolution progressive qui, par une longue série d'étapes, transforme les persécutés en ambitieux et les ambitieux en déments.

Ajoutons à titre de renseignement que nous n'avons découvert dans la famille du sujet aucune tache héréditaire.

Dira-t-on que plus tard, des idées de persécution viendront un jour occuper la scène ? Mais alors le processus serait retourné en sens inverse, et l'ambition aurait précédé les idées de persécution au lieu de leur succéder.

Voilà donc un fait clinique bien nettement en contradiction avec la doctrine que l'on prétend établir.

Qu'il existe des milliers de persécutés, suivant l'expression de M. Garnier, qui suivent dans leur délire cette évolution

progressive, dont la crise principale consiste, comme l'avaient très justement indiqué Morel, Foville et Legrand du Saulle, à passer de l'inquiétude à la persécution, et de la persécution à l'ambition, cela n'est douteux pour personne ; mais l'exagération commence au moment où l'on veut créer à cet égard une règle inflexible, et jeter, pour ainsi dire, tous les malades sur un lit de Procuste, où on les taille sur le patron d'une formule impitoyable. Non seulement il existe des exceptions à la règle, mais cette règle elle-même ne saurait nous fournir les véritables caractères de la maladie à laquelle on veut l'appliquer.

Ce qui caractérise essentiellement le délire des persécutions, c'est l'abus de la logique, c'est la préoccupation systématique, c'est encore et surtout *l'autophilie*, la tendance à tout rapporter à soi, c'est la rigueur des conclusions, qui forme un si violent contraste avec l'impuissance à percevoir la réalité, et à comprendre la véritable position des choses.

Qu'il soit ambitieux ou non, le persécuté est avant tout *un être subjectif*, qui s'enferme en lui-même, à la façon de Descartes, pour méditer sans cesse et retourner dans son esprit les mêmes conceptions délirantes. Voilà pourquoi, s'il fallait changer des expressions consacrées depuis longtemps par le consentement universel, nous donnerions volontiers à cette maladie mentale le nom de *délire systématisé primitif*, qui est assez généralement adopté en Allemagne et en Italie. On pourrait aussi, si l'on voulait s'en tenir à l'expression symptomatique, la désigner, comme certains observateurs anglais, sous le nom de *délire du soupçon*, puisqu'une incurable défiance est un de ses caractères les plus remarquables et les plus incommodes. Mais on ne saurait imaginer une appellation moins heureuse que celle de *délire chronique* qui s'attache à un seul des caractères de la maladie, et à celui qui précisément la distingue le moins des autres formes d'aliénation mentale. La folie, disait Esquirol, est une maladie *chronique*, ordinairement sans fièvre ; et nous savons tous que cette définition s'applique à l'immense majorité des maladies qui méritent une place dans le cadre des psychoses, — si nous en exceptons ces explosions brutales, qui sont plutôt une phase de la maladie, que la maladie elle-même.

Mais dans la plupart des sciences naturelles, il est d'usage, depuis longtemps, de consacrer le nom des inventeurs en l'appliquant à des désignations scientifiques. On crée ainsi

des expressions qui non seulement ont le mérite de ne prêter à aucune discussion, puisqu'elles n'expriment aucune théorie, mais qui servent encore à marquer le respect qu'on doit aux ancêtres et à consacrer le souvenir des travaux qui leur donnent des droits si légitimes à notre reconnaissance. Pour mériter un pareil hommage, il n'est point nécessaire d'avoir embrassé du premier coup d'œil tous les éléments d'une question, d'en avoir saisi de prime abord tous les détails ; il suffit d'avoir donné l'impulsion première, d'avoir lancé l'idée vraiment originale, dont les travaux ultérieurs ne sont à proprement parler que le développement consécutif.

On formerait une bibliothèque immense, en réunissant ces montagnes de travaux qui depuis un demi-siècle ont illustré l'histoire de la néphrite albumineuse : et cependant personne ne songe à supprimer cette expression classique : *la maladie de Bright*, qui consacre à la fois la gloire du premier inventeur, et le souvenir du point de départ auquel nous devons toujours remonter pour saisir l'enchaînement de ce vaste ensemble de faits.

Si donc il fallait renoncer à l'expression si pittoresque et si généralement acceptée qui caractérise la maladie mentale aujourd'hui soumise à nos débats, s'il fallait renoncer à dire le *délire des persécutions*, nous dirions volontiers *la maladie de Lasègue*, saluant ici cette grande et noble figure dont la plupart d'entre nous ont conservé le souvenir, et pour laquelle nous éprouvons tous un sentiment mêlé de respect et d'admiration.

Il appartient à ceux qui l'ont personnellement connu, qui ont ressenti la chaleur affectueuse de son caractère et qui ont senti l'étreinte de sa main, de saisir cette occasion solennelle de consacrer sa mémoire. C'est un acte de reconnaissance ; ce sera en même temps un acte de justice ; car sans Lasègue la question que nous débattons ici ne serait même point soulevée, et la discussion à laquelle nous assistons n'aurait même pas lieu. Il a donné l'impulsion primitive ; il mérite d'être classé au rang des inventeurs ; il n'a point développé les idées d'autrui, il a formulé une pensée originale et personnelle. Et si je parle ainsi, ce n'est point un sentiment rétrospectif de reconnaissance et d'affection qui domine aujourd'hui ma pensée : les oreilles de Lasègue sont fermées pour toujours à la critique et aux éloges, et lorsque je viens rendre cet hommage solennel à sa mémoire, je crois accomplir un acte de justice et non pas un acte de vassalité.

C'est aux membres de cette société qu'il a si souvent animée par sa présence, qu'il a si souvent remuée par son éloquence, qu'il a si longtemps honorée par ses travaux, c'est à vous, messieurs, qu'il appartient de consacrer par un juste tribut de respect les droits qu'il s'était depuis longtemps acquis à la reconnaissance de tous ceux qui ont suivi son enseignement, et de tous ceux qui, depuis ces trente dernières années, se consacrent à l'étude de la médecine mentale.

*Les persécutés raisonnants ou persécutés persécuteurs.* — M. Pichon fait sur ce sujet une intéressante communication dont voici les principales conclusions : Il y a lieu de distinguer les persécutés raisonnants des persécutés du type classique, d'admettre à côté du délire de persécution type Lasègue le délire de persécution type Falret.

1° Au point de vue de *la marche et de l'évolution*, le persécuté raisonnant, le persécuté héréditaire, devient d'emblée un persécuteur. Il personnifie, il systématise du premier coup son délire. Il *trouve du premier coup la formule de son délire*, et y restera cantonné. Il y aura des variantes : les agents de ses persécutions pourront changer; mais les organisateurs du complot, leurs persécuteurs seront presque toujours les mêmes. Ils peuvent, à la rigueur, changer de persécuteurs, mais eux, ils resteront toujours persécuteurs, et c'est cette persécution active qui constitue pour ainsi dire le cachet, la signature de cette modalité délirante : *ils sont entrés dans le délire des persécutions d'emblée comme persécuteurs, ils mourront persécuteurs.*

L'immobilisation et le *statu quo* forment en somme la marque de fabrique de cet état. Ils n'ont pas eu de période d'incubation, ils ne deviennent pas mégalomanes et ne versent jamais dans la démence.

Or tout autre est la marche du délire des persécutions. Le persécuté classique, loin de s'immobiliser dans son délire, dans son allure, est essentiellement progressif.

Chez les vrais persécutés, il y a une longue période d'incubation ; chez les persécutés raisonnants, jamais on ne découvre nettement cette phase d'hésitation délirante. Voilà donc un point de diagnostic différentiel de la plus haute importance qui nous paraît acquis : le persécuté vrai, avant de faire choix d'un persécuteur, avant de devenir persécuté actif, parcourt une longue phase d'incubation marquée elle-même par des étapes diverses ; le persécuté raisonnant, le

persécuté héréditaire, dans une véritable explosion d'atavisme désignera d'emblée, sans préparation, un ou plusieurs persécuteurs qu'il n'abandonnera plus.

2° Ce n'est pas tout, le persécuté classique versera peu à peu dans la mégalomanie. Le *persécuté raisonnant* jamais. Il pourra être orgueilleux, très orgueilleux même, mais il n'ira jamais jusqu'au délire d'orgueil. Pour résumer d'un mot ici le diagnostic différentiel dans la marche et l'évolution de ces deux types de persécutés, nous dirons que les persécutés raisonnants diffèrent des pérsécutés ordinaires, et par *leur point de départ* et par leur *point d'arrivée.*

3° C'est donc par la marche et l'évolution que se distinguent surtout ces deux délires, mais nous ne devons pas oublier les hallucinations. Pour M. Falret elles n'existeraient pas ; dans tous les cas elles n'ont pas la netteté qu'elles ont dans le délire de Lasègue qui est la folie *essentiellement hallucinatoire* (Foville).

4° Un point important également, c'est qu'on ne trouve pas chez les raisonnants ces propos émaillés de néologismes, d'*idiologismes* (Foville), qu'on trouve chez le persécuté vulgaire. L'absence de ce langage pathologique, qui semble encore augmenter les difficultés d'un examen médico-légal, nous paraît encore militer en faveur d'une séparation tranchée entre ces deux catégories de malades.

Mais en dehors de ces considérations cliniques, il y aussi des considérations d'interêt social qui militent en faveur de cette individualité des *persécutés raisonnants,* et qui les signalent tout particulièrement à l'attention, car il ne faut pas oublier qu'ils sont plus actifs et plus intelligents que les persécutés vrais.

Ce qui fait la caractéristique, en effet, de cette classe de persécuteurs, c'est que, persécuteurs dans le passé, persécuteurs dans le présent, persécuteurs dans l'avenir, persécuteurs toute leur vie, ils sont un perpétuel danger pour la société.

Ce qui contribue à les rendre encore plus dangereux, c'est qu'ils conservent les apparences de la raison jusqu'au bout. Ils ne passent pas dès lors, aux yeux du public, pour des aliénés. Quand il faut les séquestrer, la rumeur publique, la presse, le tribunal quelquefois, font quelque opposition, jusqu'à ce qu'enfin ils se livrent aux plus extrêmes violences.

Nous croyons donc, au point de vue clinique et au point de vue médico-légal, qu'il y a lieu de distinguer le délire des

persécutions (type Lasègue) et le délire des persécutions (type Falret).

*Trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux*, par M. MAGNAN. — Le premier malade a de l'atrophie des testicules, le second de la cryptorchidie et une atrophie considérable de la verge ; le troisième est un hypospade scrotal à forme vulvaire, un pseudo-hermaphrodite mâle. L'un des sujets, le cryptorchide, offre un degré notable de faiblesse intellectuelle ; les deux autres, tous deux déséquilibrés, ont été pris d'accès délirants à évolution rapide, comme chez les dégénérés héréditaires.

*Une famille de dégénérés* par M. SÉGLAS. — Dans cette observation plusieurs points méritent de fixer l'attention : d'abord les phénomènes d'hérédité, puis la marche graduelle de la dégénérescence, ensuite la coïncidence et la succession de diverses manifestations dégénératives : arthritisme, cancer, rachitisme, névropathie ; enfin et surtout le caractère particulier qui préside aux unions de cette famille, qu'elles soient ou non légitimes. On a bien souvent remarqué que les névropathes s'unissaient très fréquemment ensemble, et c'est même un fait qui est aujourd'hui généralement admis. Quelle explication peut-on en donner ? Ces sortes d'union sont-elles le résultat simplement d'une coïncidence fortuite, ou de cause sociales diverses (raison de famille, considération de fortune), ou bien sont-elles dictées par une sorte de fatalité ou pour mieux dire par une loi naturelle ? C'est ce que nous pensons volontiers : en effet, tout en admettant la possibilité des autres causes elles ne suffiraient pas à expliquer les cas innombrables d'hérédité convergente.

*Des dangers du traitement de l'hystérie par l'hypnotisme.* — M. LARROQUE.

Avant tout on doit bien se convaincre que l'hypnotisme et la suggestion n'ont rien à faire dans bon nombre de cas, et dans d'autres font naître des phénomènes regrettables. M. Larroque rapporte le cas d'une jeune fille hystérique qui fut soumise par son médecin aux manœuvres hypnotiques, parce qu'elle était sujette à de légers vomissements, et qui, une fois réveillée, conserva une contracture du pied pendant de longs mois.

De plus, dit l'auteur, en endormant les hystériques, on augmente leur état psychique, en général bizarre. Par l'hypnotisme, on peut amener des troubles mentaux dont le dernier

terme est ce qu'on est convenu d'appeler la folie hystérique.

*Vice de conformation des organes génitaux.* — M. Moreau *de Tours* (Paul) communique l'observation d'un individu âgé de 12 ans, enfermé à Saint-Lazare comme prévenu de vagabondage et présentant toute l'apparence d'un garçon, bien qu'il ait toujours porté les vêtements d'une fille et qu'il eût été déclaré comme tel à la mairie.

*L'automatisme somnambulique devant les tribunaux.* — M. P. Garnier lit un rapport médico-légal sur un vol commis sous l'influence de l'automatisme somnambulique. Le sujet dont il est ici question a déjà fait l'objet d'une communication de M. Mesnet à l'Académie de médecine (1).

*Folie intermittente et folie des dégénérés.* — M. Journiac communique l'observation d'une dégénérée dont le frère est atteint de folie intermittente. M. Journiac profite de cette double observation pour établir les caractères différentiels de la folie des dégénérés et de la folie intermittente.

*Séance solennelle.* — M. Ritti prononce un très remarquable éloge de Moreau de Tours.

*Un cas d'érytrasma.* — M. Chambard présente un malade porteur de deux affections cutanées dont l'une est intéressante à plus d'un titre pour les neurologistes.

On observe chez ce malade à la région inguino-crurale, de chaque côté deux plaques d'érytrasma, affection microbienne causée par le *microsporon minutissimum*.

En outre, si l'on vient à tracer sur la peau des traits ou des caractères, ceux-ci représentés d'abord par des lignes pâles, fugitives, se transforment en quelques minutes en saillies papuleuses, blanches au centre et rosées sur les bords, donnant lieu à un véritable *urticaire expérimental.*

Le mécanisme de cet urticaire ne diffère sans doute pas de celui des autres formes de cette affection. L'étiologie et les conditions prédisposantes en sont beaucoup plus obscures ; surtout si nous observons que les sujets (peu nombreux d'ailleurs) ayant présenté des phénomènes analogues étaient des femmes hystériques traitées à la Salpêtrière, tandis que le malade en question est un débile qui ne présente aucun des stigmates de l'hystérie.

*Cas de paralysie générale hypocondriaque avec attaques hystériformes*, par M. Chambard. — Cette observation confirme

(1) Séance du 15 mars 1885. Voyez *Encéphale* 1887, page 458.

les idées de M. Baillarger sur la spécificité du délire hypocondriaque des paralytiques et offre un exemple de la coexistence avec le délire de ces crises hystériformes sur lesquelles on a attiré l'attention dans ces dernières années.

*Étude sur le traitement de l'épilepsie par l'acétanilide*, par MM. les Drs Mabille, et J. Ramadier. — Voici en résumé les différents faits constatés par les auteurs : 1° inefficacité de l'acétanilide contre l'épilepsie, constatée chez tous les malades, même chez ceux dont le nombre d'attaques avait diminué sous l'influence des bromures; 2° innocuité de ce corps à la dose de 3 gr. chez l'homme et de 2 gr. 75 chez la femme, le médicament étant administré à dose progressive et fractionnée; 3° conservation de l'appétit, pas de troubles de la digestion, pas de constipation; 4° aucune modification du pouls, de la température et de la respiration chez les malades non fébricitants; 5° cyanose due probablement à la présence de méthémoglobine dans les globules sanguins, légère teinte subictérique produite par l'urobiline; 6° augmentation du poids du corps provoquée probablement par la diminution des échanges respiratoires; 7° diminution de la quantité des urines, augmentation de leur densité, coloration foncée due à l'urobiline et à l'indican, non élimination par elles de l'acétanilide en nature; 8° présence de l'acétanilide en nature dans le sang.

*Commotion cérébrale suivie d'amnésie partielle d'une durée de trois semaines*, par M. le Dr Jarchy. — Observation d'amnésie survenue à la suite d'un traumatisme de la tête.

*Déroulement spontané ou provoqué d'états successifs de personnalité chez un hystéro-épileptique*, par MM. les Drs H. Mabille et J. Ramadier. — Mémoire concernant un sujet bien connu qui a fait l'objet de plusieurs études antérieures de la part de M. Camuset (1), de M. J. Voisin (2), de MM. Bourru et Burot (3).

MM. Mabille et Ramadier ont assisté chez ce sujet à de véritables *déroulements de personnalité*, et par déroulement de la personnalité, ils entendent qu'il s'est produit, soit spontanément, soit artificiellement chez le malade des *états de personnalité successifs* de durée, de nombre variable, avec retour spontané ou provoqué à la personnalité vraie. Ch. V.

(1) Camuset, in *Annales médico-psychologiques*, et Maladies de la personnalité, par Ribot,

(2) J. Voisin, in *Archives de Neurologie*.

(3) Bourru et Burot, in *Annales médico-psychologiques*, *Revue de l'hypnotisme* et *Revue philosophique* et *Variation de la personnalité*, 1888, 1 vol, in-16, avec photogravures. J.-B. Baillière.

# NOUVELLES

*Concours pour la nomination à cinq places vacantes d'Interne titulaire en médecine dans les Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine : Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de police.*

Le lundi 5 décembre 1887, à midi précis il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire en médecine.

*Concours pour l'internat de l'asile d'aliénés de Bordeaux.* — Le lundi 21 novembre 1887, il a été ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux, un concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'asile public d'aliénés.

ENSEIGNEMENT DES MALADIES MENTALES. *Faculté de médecine de Paris. — Clinique des maladies mentales.* (Asile Sainte-Anne). — M. le professeur B. BALL a repris son cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 13 novembre 1887, à 10 heures du matin, et le continue les dimanches et jeudis suivants, à la même heure.

*Faculté de médecine de Montpellier.* — M. MAIRET, agrégé près ladite Faculté, est maintenu dans ses fonctions pendant l'année scolaire 1887-1888, et est chargé du cours de clinique des maladies mentales, pendant la durée du congé accordé à M. Cavalier.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS. — *Arrêté du 2 août 1887* : M. le Dr MAX SIMON, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron (Rhône), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8000 fr.); et prendra rang à partir du 1er août 1887.

MM. les Drs FABRE, médecin en chef directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère), et MORDRET, médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe,) sont promus à la 1re classe de leur grade (7000 fr.) pour prendre rang à partir du 1er juillet 1887;

M. le Dr RAMADIER, médecin adjoint de l'asile de Lafont, (Charente-Inférieure), est promu à la 1re classe de son grade (3000 fr.), et prendra rang à partir du 1er août 1887.

— *Arrêté du 23 août 1887* : M. le Dr VERNET, interne de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est nommé médecin adjoint de l'asile de Pau, et placé dans la 2e classe de son grade (2.400 fr.).

— *Arrêté du 30 août 1887* : M. le Dr BARANDON, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé médecin adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), et maintenu dans la 1ere classe de son grade (3000 fr.).

— *Arrêté du 30 octobre 1887* : M. le Dr PAUL DUBUISSON, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, à Paris, est promu à la 1re classe de son grade (3000 fr.) et prendra rang à partir du 1er juillet 1887.

M. le Dr GILBERT PETIT, médecin adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est nommé médecin directeur de l'asile de réforme d'Izeure (Allier), appartenant au département de la Seine, en remplacement de M. le Dr Kéraval.

## NÉCROLOGIE

Le Dr V. Bigot a succombé le 24 septembre dernier à une affection paludéenne qu'il avait contractée il y a bien des années aux colonies. En effet, avant de s'adonner à la spécialité des maladies mentales, il avait servi dans la médecine navale et avait fait plusieurs campapagnes entre autre celles de Crimée.

M. Bigot né à Dinan en 1827, avait été successivement médecin de l'asile de Lehon, directeur de l'asile de Bordeaux, médecin directeur des asiles de Bonneval (Eure-et-Loir) et de Châlons et enfin de l'asile de Vaucluse (Seine).

M. Bigot était un homme affable et sympathique; aussi une grande affluence d'amis et de collègues se pressait-elle autour de son cercueil. Les obsèques ont eu lieu à Orsay, où M. Bigot était en congé quand la mort est venue le frapper. Sur la tombe, M. Roux, directeur des affaires départementales à la Préfecture de la Seine, a retracé la vie si bien remplie de M. Bigot, il a rendu hommage à ses qualités d'administrateur et a fait un chaleureux éloge de son caractère, disant que jamais il n'avait rencontré un plus honnête homme.

Ses principales publications sont : *Recherches sur l'origine de l'asile public d'aliénés de Bordeaux ; Histoire de l'abbaye de Bonneval* par le R. P. Dom Juan Thivoux, continuée par le R. P. Dom René Lambert et André-Louis Beaurepère, terminée par Lejeune (Chateaudun 1876), et enfin le plus important : *Les Périodes raisonnantes de l'aliénation mentale*, 1877, in-8.

---

# TABLE DES MATIÈRES

## DU TOME VII

## ANNÉE 1887

### Mémoires originaux

## Archives cliniques.



## Sociétés savantes.



## Bibliographie.



## Revue des Journaux.



## Nouvelles.



## Nécrologie.

# TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE

Le Mans. — Typographie Edmond Monnoyer.

a 60 48/10



RETURN TO the circulation desk of any
University of California Library
or to the
NORTHERN REGIONAL LIBRARY FACILITY
Bldg. 400, Richmond Field Station
University of California
Richmond, CA 94804-4698

ALL BOOKS MAY BE RECALLED AFTER 7 DAYS
- 2-month loans may be renewed by calling (510) 642-6753
- 1-year loans may be recharged by bringing books to NRLF
- Renewals and recharges may be made 4 days prior to due date.

DUE AS STAMPED BELOW

MAY 14 1996

12,000 (11/95)



v.7.
1887

L'Encephale

36960

LIBRARY

369

